VIRGIL RĂZEŞU

CHIRURGIE GENERALĂ

PROBE PRACTICE PENTRU EXAMENE ŞI CONCURSURI

editura RĂZEŞU

EDIŢIA a-I-a : EDITURA **JUNIMEA** - IAŞI 1987
COLECŢIA ESCULAP Nr. 46

I.S.B.N. 973-96276 - 3 - 3

VIRGIL RĂZEŞU

CHIRURGIE GENERALĂ

PROBE PRACTICE PENTRU EXAMENE ŞI CONCURSURI

Ediţia a II-a revăzută şi adăugită

BIBLIOTECA U.M.F. IASI
BARCOD: 0250082388

Inv. 320373
BIBLIOTE... U.M.F. ...
Cota II - 41231

EDITURA RĂZEŞU
PIATRA NEAMŢ - 1995

REDACTARE COMPUTERIZATĂ
Dr. VIRGIL RĂZEŞU
ing. VLAD RĂZEŞU

COPERTA
ing. VLAD RĂZEŞU

PREFAŢĂ

Recunosc că mi-a fost mai uşor să scriu "Argumentul" primei ediţii decât prezenta prefaţă. Ca întotdeauna, repetarea unei acţiuni oarecare impune motivaţii, obligă la restricţii, naşte îndoieli, apelează la verdicte ş.a.m.d., mai ales când doreşti - firesc - ca repetiţia să fie mai reuşită decât faptul primar.

Cred, cu toată convingerea, că lucrarea noastră urmează destinul cărţilor folositoare şi că, legată de oameni şi fapte, face parte din însăşi istoria profesiei noastre şi, chiar dacă unii vor socoti că e o dovadă de infatuare nejustificată, nu ni se pare lipsită de sens cunoaşterea unor aspecte ale istoriei şi evoluţiei propriei noastre specialităţi, cu atât mai mult cu cât, acestea se petrec înainte de '89, într-o perioadă cu destin puţin obişnuit şi nefast ...

Prima ediţie, din 1987, cu cele 11.500 de exemplare (numai prin întâmplare tiraj de dicţionar, rar acordat în acele vremi, cărţilor de specialitate !), s-a epuizat foarte repede, după care, doar întâmplător se mai putea afla câte un exemplar rătăcit în vreun raft.

De fapt căror elemente s-a datorat, să spunem în limbaj curent, acest succes de librărie sau de public ?

Răspunsul vine din partea unor chirurgi de prestigiu (spaţiul nu ne permite decât o selecţie aleatorie şi le cerem scuze celor pe care nu-i putem cita), a acelora care au ţinut să consemneze evenimentul acelei vremi nu prea îndepărtate, cu deferent interes pentru problematica chirurgicală în general, unele de mare actualitate chiar şi pentru astăzi...

"... Nu m-am considerat niciodată, cum afirmaţi, un "strălucit" slujitor al bisturiului ci un chirurg obişnuit care, dacă m-am bucurat de ceea ce am putut împlini uneori, am fost mai îndurerat de ceea ce n-am reuşit să realizez. Aţi avut o foarte bună idee să scrieţi tratatul cu probe

practice pentru concursuri. Cartea Dvs. era necesară, deoarece la noi în ţară nu există aşa ceva. Este scrisă cu claritate şi cuprinde tot ce este necesar pentru o astfel de probă. Sunt convins că se va epuiza foarte repede" (Prof. Dr. Gh.Chipail - Iaşi)

"... O mare lipsă în literatura noastră de specialitate se "acoperă" perfect cu lucrarea Dumneavoastră ; cinste Dumneavoastră şi Editurii "Junimea" pentru că aţi acoperit o lacună care datează de decenii ! În "tehnologia" concursurilor bucureştene, "proba practică" este deja într-o paragină organizatorică descurajantă ! Dar ... cine ştie ? ... Cartea Dvs. este inteligentă şi pentru că a "ocolit" orice reprezentare grafică. Nu e o lipsă ci un câştig !" *(Dr. Alex. Bucur - Bucureşti)*

" ... E o mare realizare a Dvs., care cred că va dăinui, pentru căci în rest - cazuistică, nume, funcţii şi galoane, se duc toate, odată cu vârsta " (Dr. Jean Costescu - Bucureşti)

"... În condiţiile exploziei informaţionale, autorul alcătuieşte o lucrare sistematizată, menită să obişnuiască gândirea cu o expunere didactică, într-o înşiruire logică, corectă şi completă, extrem de utilă pentru chirurgii care vin din urmă. Este prima carte scrisă de un chirurg nemţean care dovedeşte calităţi didactice, chiar dacă lucrează într-un spital de provincie ..." *(Dr. Gh.Iacomi).*

"... Sincere felicitări pentru apariţia unui material care se lasă de multă vreme aşteptat. Regret că nu mai sunt la vârsta la care să profit de el. În orice caz, fiţi sigur că vă veţi bucura de recunoştinţa şi mulţumirile tinerelor noastre vlăstare..." (Prof. Dr. N.G.Ionescu - Cluj-Napoca)

" ... Vă felicit pentru tenacitatea cu care aţi luptat ca ea să apară şi sunt convins că mulţi din cei care vor da concursuri vă vor mulţumi. Îmi permit să vă încredinţez că această carte reprezintă mai mult decât un aide-memoire pentru concursuri. Ea respectă tradiţia de disciplinare a noastră, indiferent de vârstă şi de experienţă, ne obligă la acurateţe nu numai în gesturi dar şi în gândire şi exprimare, aşa încât pot spune că aţi făcut un act de cultură chirurgicală românească, o pledoarie pentru "continuitatea" pe care trebuie s-o asigurăm pentru seriozitate, probitate şi profesionalism în meseria noastră de chirurgi " *(Dr. N.M.Constantinescu - Bucureşti)*

" ... Am început prin a o răsfoi şi am terminat prin a citi cartea Dvs., frumoasa Dvs. carte, utilă nu numai unor candidaţi ci şi pentru noi toţi cei care ne-am închinat şi dedicat viaţa acestei frumoase şi grele specialităţi. Prin modul cum este concepută şi redactată, ea poate fi o carte de căpătâi a fiecăruia dintre noi. Ea vine să umple un gol în litera-

tura noastră şi cel care o iscăleşte va rămâne un nume, ca al oricărui chirurg mare prin ceea ce face dar, mai ales, prin ceea ce scrie... Nu mă îndoiesc că ... "va urma" ... " (Dr. Tănase Voicu - Craiova)

" ... Cartea Dvs. dovedeşte încă odată (dacă mai era nevoie pentru unii !) că omul sfinţeşte locul şi că o carte bună se poate scrie oriunde. Unii cred că numai în centrele universitare dar ... nu o fac nici acolo !" *(Prof. Dr. A.Kaufmann - Cluj - Napoca).*

"... Vă felicit din toată inima pentru realizarea cărţii Dvs. Ea va fi utilă multor generaţii de chirurgi, tineri sau cu experienţă. Este încă o dovadă a talentului Dvs. didactic de care ne-aţi convins cu ocazia diverselor consfătuiri. Este o lucrare cu care s-ar mândri orice facultate de medicină dar pe care nici unul dintre cadrele didactice normate cu cursul postuniversitar nu s-a gândit să o conceapă. Cred că multe gânduri de recunoştinţă vă vor fi adresate şi pe bună dreptate. Vă felicit pentru neobositul Dvs. entuziasm şi pentru această luptă împotriva blazării, inerţiei şi abandonului, cărora tot mai mulţi nu le mai opun nici o împotrivire. Şi vă mai doresc să găsiţi şi în viitor resurse pentru a depăşi obstacolele întâlnite pe această cale, pe care regretatul Profesor Fodor a numit-o a "căutării unor permanenţe" (Dr. S. Duca - Cluj - Napoca)

" ... Sincere felicitări pentru magistrala lucrare apărută, iar la "argumentul" Dumneavoastră, vă rog să adăugaţi încă unul, mai important decât toate : în Bucureşti lucrarea este epuizată" *(Dr. Mircea Nicolae - Bucureşti)*

" ... Se dovedeşte odată mai mult că, pe drumul împlinirilor nobile, "a persevera", departe de a fi "diabolic" este "benefic". Cartea era aşteptată cu sufletul la gură, acum când candidaţii la fel de fel de titluri reclamă concursurile de care ducem atâta lipsă, în vederea populării spitalelor şi clinicilor noastre. Cartea va avea un noroc istoric, mulţi repezindu-se la "Răzeşu" să-i ajute ... Te felicit pentru acea schemă de prezentare, pentru complexitatea şi, în acelaşi timp, simplitatea ei, pe care trebuie să se muleze ştiinţa şi pregătirea fiecărui candidat în parte, care-şi va da seama unde este deficitar şi ce goluri să-şi completeze ... Lucrarea, e drept, se adresează unor iniţiaţi dar îi obligă să se pregătească după o schemă prealabilă, ca să poată răspunde celor 20 de minute de expunere. Mi-a plăcut "argumentul" dumitale şi apreciez că un medic dintr-un spital neuniversitar, care a reuşit să realizeze o asemenea lucrare, nici pe departe un opuscul, aruncă strălucire nu numai asupra lui ci şi asupra instituţiei în care lucrează asemenea specialişti

care pot să realizeze lucrări cu care să vină în ajutorul tuturor medicilor care bat la porţile consacrării" (Prof. Dr. Cr. Mircioiu - Cluj-Napoca)

"... Vă mulţumesc pentru volumul publicat de Dvs., pe care-l consider de cea mai mare importanţă practică pentru orice chirurg dar şi pentru medicii de alte specialităţi, constituind un material de informare competent, succint şi complet" *(Dr. I.O.Rada - Timişoara)*

" ... Cartea a fost, după studiul amănunţit al ei, o clipă de nostalgie şi satisfacţie pentru mine iar apariţia ei a stârnit printre colegii mei, un adevărat entuziasm" (Dr. I.Huszar - Odorhei)

"... Aici cartea a apărut ca o noutate de primă importanţă şi lumea s-a năpustit asupra ei. Ai făcut mult bine celor care urmează după noi, pentru că examene şi concursuri vor fi, chiar dacă nu se ştie când. Ceea ce mi se pare cel mai important lucru este că oferi chinuitului de azi, amărîtului de chirurg, grăbit de valul vieţii şi de prostiile aferente de care nu ar trebui să fie grevat, un instrument sintetic, precis şi concret, tocmai bun de consultat în clipele de solitudine nocturnă când el îşi face planul tactic şi tehnic al operaţiilor din ziua următoare. Recunosc că la aşa ceva m-am gândit şi eu dar am considerat că încă nu venise clipa experienţei suficiente. Generaţiile de chirurgi cinstiţi te vor aminti, precum pe Quenu, Agregaţi şi pe alţii. Simt că eşti în apogeul formării chirurgicale şi este bine să ştii că ai prieteni elevaţi şi inimoşi" *(Dr. A.Andercou - Cluj-Napoca)*.

" ... În prefaţa la colecţia care-i poartă numele, Henri Mondor scrie : "printre cei ce s-au decis să scoată o carte, mulţi au făcut-o cu scopul de a sluji, de a ajuta pe fiecare sau de a fixa o fărâmă de adevăr. Cel care, atunci când soarta sau pătrunderea lui l-au instruit, nu va folosi niciodată pana lui în folosul tuturora, poate să se considere oare un filozof sau un sceptic superior ?" ... Doresc cărţii succes de librărie iar Dvs. puterea de a scrie ceva care să semene cu reputata carte a lui CLAVEL despre "Strategie şi tactică în chirurgia abdominală" (Prof. L.Vexler - Iaşi).

"...Cartea pe care aţi dat-o la lumină este un exemplu pentru tinerele generaţii despre modul în care trebuie să-şi clădească, fortificat, lăcaşul dărăpănatului templu al lui Hipocrate, atât de strălucitor pentru genraţiile noastre mai vechi. Chirurgia noastră trece printr-un impas. Citeam, mai ieri, un articol al unui profesor american, sugestiv intitulat "Să oprim crearea de noi Frankenstreini medicali !". Cartea Dvs. ar trebui să dea de gândit tuturor şi, mai ales, autorităţilor de stat : fără o fortificare şi educare la patul bolnavilor, prin stagii de spital (fostul ex-

ternat şi internat, secundariatul) şi selecţionarea valorilor prin concursuri dure, temeinic şi îndelung pregătite, vom avea şi noi în curând, medici - Frankensteini ... Ce zile frumoase şi de glorie au fost acelea în care concursurile atârnau atât de greu în definirea personalităţii viitorului ghirurg, care trebuia - ulterior - să decidă dreptul de viaţă şi de moarte asupra suferinzilor !. ...Am avut şansa de a trăi alături de mari maeştri şi oameni care au făcut o chirurgie adevărată în Spitalul Templu Brâncovenesc, pentru care marea filantroapă Safta Brâncoveanu a lăsat 7 mari moşii ... şi care astăzi a fost dărâmat pentru sistematizare - am plâns pentru chirurgia şi pentru istoria noastră la aflarea acestei triste veşti" *(Prof. Dr. Doc. I. Chiricuţă - Cluj-Napoca)*

Considerând că afirmaţiile de mai sus conturează în suficientă măsură locul lucrării noastre în literatura de specialitate, nu pot să nu-mi exprim nedumerirea faţă de desconsiderarea manifestată de organizatorii de concursuri şi examene chirurgicale care nu au inclus-o niciodată în bibliografia acestora. O carte concepută tocmai pentru concursuri şi examene ! Câţi candidaţi, ai altor specialităţi, pot apela la un astfel de instrument de lucru ?

Am fost, în schimb, generos răsplătit de bucuria şi satisfacţia (fireşti şi omeneşti !), pe care le-am încercat de fiecare dată când mi-am văzut cartea în mâna unor studenţi sau a candidaţilor de tot felul la examene şi concursuri, de faptul că ea a devenit o carte de circulaţie, întrebată, că mulţi colegi, mai tineri sau mai puţin tineri, pe măsura intrării în vârtejul unor examene sau concursuri, ori numai în specialitate, mi-au solicitat-o direct. Nu i-am putut satisface dar ei sunt cei care m-au îndemnat (ar fi prea mult să spun că mi-au cerut !) spre o a doua ediţie, pe care - de fapt - o aveam în minte şi în intenţii.

Mărturisesc că dacă această a doua ediţie a întârziat într-un fel oarecare, atunci piedicile şi îndoielile, care pentru prima ediţie, existau - anormale şi fără justificare - numai în afara noastră, nu s-au aflat - de astă dată - nicăieri decât numai şi numai în mine. Şi ... încerc să mă fac înţeles.

Mai înainte de toate, socot, fără falsă modestie, că lucrarea noastră nu este una nici bună, nici rea, ci doar folositoare sau trebuitoare (cum ar fi zis un dascăl de modă veche). Pentru că ea urmează, aproape strict, tematicile pentru concursurile noastre. Şi cărui candidat nu-i surâde să aibe concentrată, trecută în revistă, întreaga tematică a unui concurs, care să-l scutească de înhămarea, de fiecare dată, la răsfoitul a zeci de tomuri, reviste sau chiar a unor conspecte sau însemnări proprii? Mai apoi, cartea răspunde, în cel mai înalt grad, nevoii de sistematizare a unui material

vast, cu care te-ai întâlnit sau te vei întâlni într-o viaţă de specialitate. Subiectele şi temele sunt tratate unitar, au aceeaşi desfăşurare (aş putea spune chiar monotonă dar cu atât mai folositoare), răspunzând acelei necesităţi aminite. Ea disciplinează expunerea şi chiar desfăşurarea unei probe şi reprezintă trama fundamentală pe care cel interesat poate înscrie datele cunoscute sau preferate, cu care e familiarizat. Chiar cu elemente diferite sau noţiuni distincte, desfăşurarea diverselor capitole decurge într-o cascadă logică, mereu aceeaşi, izvorând unul din celălalt.

Şi atunci ... se puneau câteva întrebări, deloc retorice : trebuia realizat doar un nou tiraj, aşa cum cartea fusese tipărită iniţial, cu ceva modificări de formă, mai mult cosmetice şi mai puţin de conţinut ? Era simplu ! Se cuvenea ca noua ediţie să fie altceva ? Şi dacă era altceva, mai merita reluată sub acelaşi titlu ? Aveam pregătirea, capacitatea şi căderea pentru a mă prezenta în faţa colegilor cu o nouă variantă ? Ce şanse aveam pentru această soluţie, căror utilităţi avea de răspuns sau care ar fi fost poziţia cea mai potrivită pentru o nouă modalitate de exprimare ?

Fără prea multe ezitări, am rămas la convingerea că noua lucrare trebuia să-şi păstreze scopul şi structura iniţială : o lucrare didactică pentru examene şi concursuri ! Evoc, cu credinţa că Domnul Profesor Juvara nu se va supăra, acel moment de derută, al anului 1985, când Domnia Sa, căruia îi solicitasem unul din referate asupra cărţii, după ce o parcursese cuvânt cu cuvânt, mi-a refuzat-o iniţial, spunându-mi răspicat : *" Păi ... **asta-i o lucrare didactică şi dacă o carte ca asta cade în mâna ... ăstora*** (a candidaţilor - n.a.), ***n-or să mai citească nimic !*** " Dreptu-i ! I-am înţeles îngrijorarea şi marea responsabilitate pentru buna pregătire a tinerelor generaţii de chirurgi, îngrijorarea pentru eventualitatea unui "ucenic vrăjitor" intrus printre chirurgi. Sigur că era vorba de o carte didactică, o carte menită să instruiască dar care, nefiind scrisă de un cadru didactic, exprima punctul de vedere al candidatului, al celui de dincoace de catedră, de dincoace de pupitrul de examinare şi nu al dascălului propriu-zis. Cu alte cuvinte, o carte care poate ajuta specialistul, dar numai pentru un anumit aspect la instruirii şi promovării sale, cu siguranţă insuficientă pentru o întreagă carieră de chirurg ; iar dacă acesta nu va fi interesat să citească nimic în plus, nu lucrarea noastră avea de câştigat sau de pierdut ci respectivul va rămâne un meseriaş oarecare, chiar întrebat sau căutat, dar fără valoare.

În acelaşi timp, cartea trebuia, se cuvenea să fie altceva. Pentru că, recitind-o, aşa cum a fost scrisă iniţial, recunosc că nu mai poate satisface. Are suficiente lipsuri şi poate fi considerată, cu bunăvoinţă, ca o lucrare de

tinereţe, din perioada de formare, în care am receptat, aşa cum mi-au fost accesibile, noţiunile pe care le-am acumulat şi redat, din cărţi, din contactele cu colegii, din experienţa celor cu care am lucrat şi care m-au învăţat să stau, cât de cât, (cine stă pe de-a-ntregul !?) pe propriile picioare. M-am convins că unele noţiuni sunt depăşite sau perimate şi, mai ales, că trebuie reconsiderate pentru a putea figura într-o lucrare modernă, de actualitate. Dar angajându-mă într-o nouă aventură, se conturau alte şi alte întrebări, mai ales evocând spusele unui distins coleg şi chirurg, care mi-au dat mult de reflectat : ***" Este suficient de minunat ceea ce aţi realizat şi cred că trebuie bine chibzuit, un eventual ... "mai bine" !***

De fapt, cele două ediţii sau cele două lucrări, sunt despărţite de foarte multe vârtejuri, evenimente şi realităţi, de ani şi spaţii de activitate şi gândire sau chiar de radicale metamorfoze şi schimbări, astfel încât cea de a doua ediţie devine, implicit, o carte de maturitate, de conştientă interpretare şi opţiune în care, în mod firesc, se cuvenea să-mi exprim propriile convingeri sau îndoieli, în care nu mai puteam face abstracţie de experienţa practicianului interesat de progres şi perfecţionare, care a trudit să ajungă la adevăr, cu toate frământările, eşecurile şi insatisfacţiile, cu mult mai numeroase decât bucuriile şi împlinirile.

Este adevărat că o lucrare didactică, chiar dacă prezintă o anumită experienţă (ce bine ar fi dacă toate cărţile ar prezenta numai propria experienţă şi nu pe aceea preluată din cărţile scrise de alţii !), trebuie să prezinte materialul obiectiv, sistematizat şi încadrat în anumite tipare şi canoane, o realitate obiectivă a unui moment anumit, atât pentru cel care o redă cât şi pentru cel care o receptează. Este drept dar nu şi suficient ! Această a doua ediţie se abate de la acest principiu şi credem că încercarea noastră este singulară, cel puţin în literatura noastră.

Mai întâi, pentru că, în conformitate cu noile condiţii şi structuri apărute, metodologiile de examen nu mai sunt cele din urmă cu 25, 15 sau 7 ani. Au apărut, din ce în ce mai mult, examenele şi concursurile sistem grilă, cu întrebări şi răspunsuri prefabricate, care parcurg întreaga patologie, ceea ce permează într-o măsură oarecare, forma la care cartea noastră s-a referit (aceea a celor 3 x 20 de minute), deşi cred că proba practică nu-şi poate schimba prea mult configuraţia. Că este mai bine sau mai rău, este greu de spus dar suntem obligaţi să apelăm, din ce în ce mai mult, la standardele internaţionale, la ceea ce "se cere".

Mai apoi, autorul se pregăteşte să predea ştafeta celor ce vin din urmă. Ca toţi cei care au ceva de spus despre propria lor specialitate şi, în cele din urmă, despre bună parte din viaţa lor, şi semnatarul acestor rân-

duri, copleşit de timp, realizează că nu s-a exprimat în suficientă măsură, că nu a împărtăşit îndeajuns din propria experienţă. Si cum această carte rămâne cartea de căpătâi a autorului, copilul de suflet al său, ca într-un testament profesional, acesta încearcă o soluţie care - poate da, poate nu - va fi agreată, de către ceilalţi specialişti. În afara datelor obiective, aride, seci, existente într-un tratat sau într-altul, noua ediţie va fi comentată, credem, cu discernământ, bun simţ şi proporţie, acolo unde ceva diferit se cere spus, nu doar aşa ... ca să fie, ci conform experienţei trăite a unei întregi vieţi de chirurg. Nu m-am hazardat să afirm că alţii fac rău dacă gândesc sau fac aşa şi nu altfel, şi nici, Doamne fereşte !, că ceea ce am făcut şi fac, singur sau împreună cu cei de alături de mine, este perfect sau ideal. Am căutat doar să prezint, cu toată sinceritatea de care sunt capabil, sigur cu bunăvoinţă şi cu credinţă, ceea ce am făcut, bine sau rău. Şi în orice caz, nedesconsiderând absolut pe nimeni, în deplinul respect al dreptului fiecăruia la idei, convingeri sau acţiune.

Am avut, la un moment dat, intenţia de a sistematiza la maximum timpii operatori ai intervenţiilor descrise pe larg la capitolul TEHNICĂ. Era posibil şi chiar unele subiecte au rămas ca atare. Dar, din nou, am socotit că, pe de o parte, ponderea unor intervenţii sau a altora nu este egală şi pe de altă parte, că este mai bine ca fiecare candidat şi chirurg să aibe libertatea de sistematizare, pentru propriile modalităţi de a privi lucrurile şi chiar de a-şi însuşi şi practica o tehnică chirurgicală, care, în afara unor principii bine exprimate, acceptate, nu cunoaşte constrângeri imuabile, mai ales, considerând că fiecare operaţie este un unicat.

Dealtfel, nici medicina noastră nu a rămas pe loc. Nu trebuie să uităm că cele două ediţii sunt despărţite de o revoluţie care, indiferent de ce-am spune, ne-a marcat, şi continuă să ne marcheze. Enorma cantitate de informaţie care ne-a parvenit după '89, contactele nemijlocite cu chirurgii de pe alte meleaguri, ne-au obligat, fără urmă de tăgadă, la reconsiderarea propriilor noastre convingeri, gesturi, obiceiuri, practici şi mod de gândire, cu care forţăm înscrierea - perfect motivată - în parametrii refuzaţi altă dată, ai medicinii şi chirurgiei moderne. Multe modalităţi tehnice şi terapeutice ne sunt astăzi accesibile, nu numai ca literatură, ci în mod practic, şi putem zâmbi faţă de banalitatea unor exprimări datate cu numai 7 ani în urmă.

În plus, autorul a adăugat şi capitolele suprimate ale primei ediţii (lipsa de hârtie !), astfel încât lucrarea câştigă în amploare şi audienţă.

Şi cum concursurile şi examenele au devenit mai frecvente, cum generaţiile de candidaţi s-au înmulţit, faţă de constanţa cu care, ţine-le

Doamne obiceiul !, calendarele concursurilor se respectă, au început să circule copiile xeroxate ale primei ediţii ale cărţii noastre, la preţuri orgolioase, fabuloase faţă de costul mai mult decât jignitor al primei ediţii (26 de lei sau preţul unei cafele cu frişcă, într-un restaurant de lux de pe atunci !), iată şi o justificare de ordin economic pentru ediţia de faţă.

În cele din urmă, sigur că nu trebuie să te tragă nimeni de mârecă, spunându-ţi că într-o carte de ştiinţă, şi mai ales una didactică, valoarea informaţiilor vehiculate nu trebuie să fie tulburată impresiile personale, proprii doar unor articole cu subiect limitat. Iată însă că încercarea noastră de a o face pentru aproape întreaga patologie chirurgicală abordată, într-un orizont lărgit, dincolo de canoanele cunoscute, din care cel vizat va lua doar ceea ce-i surâde sau îl interesează, devine un examen de mare responsabilitate.

Dacă va fi sau nu o reuşită, veţi spune Dumneavoastră, dragii mei, actuali ori viitori colegi de breaslă, în care am încredere şi cărora vă închin, cu toată dragostea şi modestia, această carte.

Autorul

ARGUMENT

(La prima ediţie)

Nu întâmplător se afirmă ca viaţa unui medic înseamnă şi un nesfârşit şir de examene şi că, indiferent de moment, medicul se află "între" două examene sau concursuri ; ba, mai mult, auzim uneori : " voi medicii, aveţi vocaţia examenelor şi până nu vă implicaţi într-unul, sunteţi de-a dreptul ... bolnavi ..."

Într-adevăr, pentru fiecare medic, examenul şi concursul fac parte din profesia însăşi, conferindu-i finalitate şi - de ce nu ? - o anumită stare de tonus stimulativ, reprezintă o datorie acceptată sau un drept cerut, cu siguranţă un moment de referinţă până la concursul următor, fie că este vorba de "plasarea" pe orizontala unor necesităţi organizatoric-administrative, fie de treptele afirmării şi desăvârşirii profesionale.

Indiferent de "miză", evoluând în paralel cu pătrunderea, mereu mai adâncă, în tainele specialităţii, cu acumularea experienţei şi cu maturizarea profesională, pentru orice examen sau concurs trebuie subliniate atât încărcătura emoţională, proprie fiecărui candidat cât, mai ales, efortul deosebit pentru pregătirea la nivel competitiv, purtând pecetea celor mai actuale date teoretice şi practice, fără de care orice concurs şi-ar pierde justificarea.

Fără îndoială că pregătirea unui concurs reprezintă un proces îndelungat, migălos şi permanent, de acumulare a unor date bine selectate, susţinute şi verificate de propria experienţă şi numai conştiinţa atingerii unui anumit prag valoric incită sau justifică participarea ; şi, mai departe, înscrierea în datele şi vârtejul unui concurs înseamnă parcurgerea unei tematici enunţate care, deşi familiară, reclamă multe, foarte multe exerciţii de vorbire şi prezentare, conforme cu unele tipare şi limite de timp (cerute de metodologia celor "3 x 20 de minute"), exerciţii care echilibrează

cursivitatea temei susţinute, se evită criza de timp sau, dimpotrivă, golurile în expunere, care impresionează neplăcut o comisie justificat severă şi neîngăduitoare, mai puţin sensibilă la un diagnostic corect dar nesusţinut, la încercările de epatare, de teoretizare şi la demonstraţiile de erudiţie, dar mai atentă la orientarea candidatului, la modul de a pune problemele şi la înşiruirea logică a argumentelor ; desigur că emoţiile şi participarea afectivă nu pot lipsi din datele unui examen, dar ele nu fac decât să dea strălucire probelor, neputând justifica "blocările", erorile de exprimare sau de fond, mai ales în concursurile care poartă pecetea maturităţii.

Există, firesc, foarte multe metode sau sisteme de a parcurge bibliografia unui concurs şi fiecare dintre ele convine obiceiurilor, experienţei, personalităţii şi capacităţii de însuşire a cunoştinţelor, proprii fiecărui candidat. În ce ne priveşte, am adoptat - de la primul concurs - metoda însemnărilor cumulative : fiecare subiect sau temă, unitar tratate, pe un caiet cu capitole distincte, ne oferă posibilitatea de a adăuga în fiecare moment, un element nou, de a şterge unul perimat, în aşa fel încât, fiecare temă să fie adusă "la zi", în concordanţă cu bibliografia cea mai actuală. Aceste caiete-însemnări (existente - suntem convinşi - în biblioteca multora dintre noi), a căror bibliografie se pierde în timp, au marele avantaj de a permite repetarea sau parcurgerea temelor gata conturate, direct şi simplu, fără a apela de fiecare dată la un tratat sau articol de revistă, pe care, dealtfel, nu le avem oricând la dispoziţie. Caietele de secundariat au devenit, în timp, cele de specialitate şi apoi cele de primariat, dându-ne satisfacţii depline ; mai multe generaţii de colegi le-au fructificat, cel puţin ca bază de plecare pentru verificarea cunoştinţelor.

Lucrarea de faţă rezumă rodul multor ani de muncă şi eforturi de sinteză-sistematizare-actualizare a unui material foarte bogat şi reprezintă - înainte de toate - un instrument de lucru oricând la îndemână, imediat ca eficacitate şi de utilitate majoră, cu valoare de schelet, de schemă fundamentală pe care fiecare candidat poate însera datele pe care le crede necesare, în raport cu cunoştinţele sau punctele de vedere personale. Astfel privite, PROBELE DE CONCURS au meritul de a pune la dispoziţia tuturor celor interesaţi nu un material "de-a gata", ci un ghid, un model de prezentare (unul dintre multiplele posibile) unitar realizat, care poate constitui punctul de plecare al generalizării unei experienţe de concurs, ceea ce minimalizează meritul autorului, reducându-l la acela de selectare şi încadrare în tipare bine definite, a unor noţiuni cu care operăm zilnic şi care înseamnă, în fapt, o experienţă de viaţă.

Am urmărit, în redactarea tuturor temelor, o dezvoltare

echilibrată a capitolelor în raport cu amploarea şi dificultatea subiectului, o desfăşurare cât mai constantă a sistematizării stricte şi chiar a exprimării în sine ; nu ne-am ferit de stereotipia enunţărilor, chiar dacă aceasta estompează eventuala strălucire a lucrării în întregul său, tocmai pentru a induce însuşirea acelui plan de expunere, a acelei scheme valabile pentru orice subiect, vizând înlănţuirea logică a datelor, firescul oricărei istorii clinice şi chirurgicale.

Desigur că o asemenea lucrare cu caracter didactic şi, mai ales, cu o foarte largă audienţă, poate ridica unele semne de întrebare legate de conturarea unor definiţii, de selectare a datelor de anatomie, de enunţare a obiectivelor şi principiilor, de alegere a anesteziei, a unei modalităţi tehnice anumite, a căii de abord sau chiar a înlănţuirii timpilor operatori în cadrul unui plan tactic etc, etc. Dar, din multitudinea noţiunilor prezentate, clasice sau actuale, autorul le-a ales pe acelea care exprimă, în fapt, preferinţele personale, experienţa serviciului în care lucrează de aproape 25 de ani sau, aşa cum se mai spune, "tehnica pe care o cunoaşte cel mai bine" şi o practică cel mai frecvent. Dar la capitolul "VARIANTE TEHNICE", el a trecut în revistă toate celelalte modalităţii posibile, considerând că fiecare candidat va putea alege pentru expunerea "in extenso", tehnica pe care o cunoaşte, pe care o preferă, în raport cu propria experienţă. În felul acesta, autorul s-a ferit de enunţarea unor dogme, a unor absolutizări imuabile, lăsând fiecărui candidat posibiliatea de a "naviga" cu propriile mijloace, deliberat alese, pe acest ocean agitat şi în continuă metamorfoză.

Fără îndoială că aceste "probe de concurs" rămân o modalitate de exerciţiu, una dintre variaţiunile pe o tema dată, susceptibile de modificări, adăugiri, perfecţionări sau reactualizări continue ; ne gândim - în cazul în care ele vor fi bine primite - la completarea cu scheme limitate strict la cele 20 de minute de expunere, la ilustrarea grafică a unor secvenţe sau chiar la înregistrarea pe casete (realizată de autor pentru unele subiecte), în aşa fel încât ele să corespundă unor variate forme de însuşire a unui imens material, care interesează, cu certitudine, pe toţi membrii familiei chirurgicale.

În acelaşi timp, lucrarea de faţă, odată intrată în circuitul bibliografic, poate deveni un element util pentru apreciarea unitară şi, totodată diferenţiată, a unei serii oarecare de candidaţi, mai mult sau mai puţin omogene ca pregătire şi experienţă.

În orice caz, ne exprimăm nerăbdarea de a vedea în ce măsură, efortul nostru de a împărtăşi experienţa PRACTICIANULUI fără

efortul nostru de a împărtăşi experienţa PRACTICIANULUI fără sarcini didactice şi "departe" de atmosfera clinicilor universitare, de a realiza acest opuscul cu intenţie de "précis" sau vademecum pentru examene şi concursuri, singular în bibliografia românească, se va bucura de aprecierea foştilor sau viitorilor candidaţi sau rămâne un examen ... pierdut !

Înainte de a încheia, autorul ţine să mulţumească referenţilor ştiinţifici, Prof. Dr. Doc. I.Jitaru, de la Clinica Chirurgicală a Spitalului de Urgenţă Iaşi, Prof. Dr. Doc. I. Juvara, de la Clinica Chirurgicală a Spitalului Cantacuzino Bucureşti şi Prof. Dr. Doc. Cr. Mircioiu, de la Clinica I Chirurgicală, I.M.F.Cluj-Napoca, dascăli şi practicieni de mare prestigiu ai chirurgiei şi medicinii româneşti, care au acceptat să refere asupra acestei lucrări şi care, parcurgând-o rând cu rând, ne-au dat valoroase şi competente sugestii de formă şi conţinut, conferind girul cuvenit unei asemenea întocmiri generoase şi utile.

Autorul

CUPRINS

PREFAŢĂ 5
ARGUMENT (la prima ediţie) 15
CUPRINS 19
SCHEMA DE PREZENTARE 21

PROBELE PRACTICE :

1 INTUBAŢIA ORO-TRAHEALĂ şi VENTILAŢIA ARTIFICIALĂ 23
2 CATETERISMUL VENOS PENTRU REANIMARE 37
3 SUTURA VASCULARĂ : ARTERĂ, VENĂ 46
4 TIROIDECTOMIA SUBTOTALĂ 55
5 MASTECTOMIA CU EVIDARE GANGLIONARĂ 71
6 AMPUTAŢIA DE SÂN (OPERAŢIA HALSTED) 84
7 MASTECTOMIA SIMPLĂ 91
8 SECTORECTOMIA MAMARĂ 96
9 TORACOTOMIA EXPLORATORIE 100
10 PLEUROTOMIA CU REZECŢIE DE COASTĂ 112
11 CURA CHIRURGICALĂ A HERNIEI INGUINALE 118
12 CURA CHIRURGICALĂ A HERNIEI FEMURALE 140
13 VAGOTOMIA TRONCULARĂ 150
14 PILOROPLASTIILE ŞI ALTE MODALITĂŢI DE VIDANJ GASTRIC .. 166
15 REZECŢIA GASTRICĂ 174
16 GASTRO - ENTEROANASTOMOZA 196
17 ENTERECTOMIA SEGMENTARĂ 203
18 APENDICECTOMIA 214
19 HEMICOLECTOMIA DREAPTĂ 233
20 HEMICOLECTOMIA STÂNGĂ 253
21 COLECTOMIA SEGMENTARĂ 265
22 REZECŢIA DE RECT 270
23 AMPUTAŢIA DE RECT 288
24 ANUSUL ILIAC STÂNG 296
25 ANUSUL CECAL 306
26 COLECISTECTOMIA 311
27 COLEDOCOTOMIA 327
28 DRENAJUL BILIAR EXTERN TEMPORAR 338
29 COLEDOCO - DUODENOSTOMIA 351

27	COLEDOCOTOMIA	327
28	DRENAJUL BILIAR EXTERN TEMPORAR	338
29	COLEDOCO - DUODENOSTOMIA	351
30	COLECISTO - ANTROSTOMIA	358
31	SPLENECTOMIA	364
32	NEFRECTOMIA	377
33	URETEROLITOTOMIA	387
34	CISTOSTOMIA	397
35	CURA CHIRURGICALĂ A HIDROCELULUI	406
36	SUPRARENALECTOMIA	412
37	SIMPATECTOMIA LOMBARĂ	422
38	HISTERECTOMIA SUBTOTALĂ	430
39	ANEXECTOMIA	442
40	EMBOLECTOMIA ARTERIALĂ PERIFERICĂ	449
41	CROSECTOMIA CU SMULGEREA VENEI SAFENE INTERNE	458
42	CURA CHIRURGICALĂ A VARICOCELULUI	469
43	CURA CHIRURGICALĂ A HEMOROIZILOR	475
44	CURA CHIRURGICALĂ A FISURII ANALE	488
45	FLEGMONUL ISCHIO-RECTAL	492
46	CURA CHIRURGICALĂ A FISTULELOR ANALE	500
47	AMPUTAŢIA DE COAPSĂ	507
48	AMPUTAŢIA GAMBEI	516
	ADDENDUM - PREZENTARE DE CAZ CLINIC (schemă)	522
	BIBLIOGRAFIE	532

SCHEMA GENERALĂ DE PREZENTARE

I DEFINIŢIE

II ANATOMIE CHIRURGICALĂ

III OBIECTIVE ŞI PRINCIPII

IV INDICAŢII ŞI CONTRAINDICAŢII

V PREGĂTIRE PREOPERATORIE

VI ANESTEZIE

VII INSTRUMENTAR

VIII DISPOZITIV OPERATOR

IX TEHNICĂ

X VARIANTE TEHNICE

XI INCIDENTE ŞI ACCIDENTE INTRAOPERATORII

XII ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

XIII COMPLICAŢII POSTOPERATORII

XIV SECHELE POSTOPERATORII

XV REZULTATE, PROGNOSTIC

1

INTUBAŢIA ORO-TRAHEALĂ şi VENTILAŢIA ARTIFICIALĂ

I DEFINIŢIE

INTUBAŢIA ORO-TRAHEALĂ este manevra de introducere a unei sonde calibrate în lumenul traheal, în scopul separării complete a căii aeriene de calea digestivă.

VENTILAŢIA ARTIFICIALĂ este modalitatea prin care actul ventilaţiei pulmonare este protezat parţial sau în totalitate.

II ANATOMIE CHIRURGICALĂ

Drumul străbătut de sonda de intubaţie şi de instrumentul care o facilitează este destul de lung şi realizează raporte imediate sau mai depărtate cu formaţiuni anatomice importante ; în consecinţă vom trece în revistă :

A. Gura şi cavitatea buçală,
B. Oro-faringele,
C. Laringele, traheea şi bronşiile,
D. Coloana vertebrală cervicală.

A. GURA şi CAVITATEA BUCALĂ :

1. GURA, prima porţiune a tubului digestiv, este situată în partea inferioară a feţei, între cavităţile nazale şi regiunea suprahioidiană ;

2. CAVITATEA BUCALĂ are forma unui oval cu marele ax antero-posterior şi este împărţită de arcadele dentare în două zone :

- vestibulul bucal şi
- cavitatea bucală propriu-zisă, aflate în comunicare prin spaţiile

ter- şi retro-dentare ; această comunicare poate fi limitată constituţional sau câştigat şi poate determina dificultăţi pentru manevrele de intubaţie : gură îngustă şi adâncă, protruzia dinţilor superiori (dinţi de iepure), artroze temporo-mandibulare, limbă voluminoasă, dinţi mobili, trismus, tumori faciale etc.

Cavitatea bucală este delimitată de 6 pereţi :

- anterior, buzele ;
- posterior, VĂLUL PALATIN, perete musculo-membranos contractil, care prelungeşte înapoi bolta palatină şi închide comunicarea dintre cavitatea bucală şi cea faringiană (în poziţie coborîtă) sau faringele bucal de cel nazo-faringian (în poziţie ridicată) ; între vălul palatului şi baza limbii se realizează istmul gâtlejului care separă cavitatea bucală de faringe ;
- laterali, cei doi obraji,
- superior, bolta palatină şi
- inferior, planşeul bucal realizat din :
  - = muşchiul milo-hioidian, întins ca un evantai între cele două arcuri mandibulare şi osul hioid, alcătuind planşeul propriu-zis, peste care se suprapune
  - = LIMBA, organ musculos şi mobil, care trebuie " încărcată " pe laringoscop în timpul manevrei de intubaţie şi care, la nivelul bazei sale, este legată prin trei repliuri sau valecule (una mediană şi două laterale) de epiglotă, care separă limba de laringe ; insinuarea extremităţii lamei laringoscopului la nivelul acestor valecule, ridică epiglota şi descoperă orificiul glotic ;

ARCADELE DENTARE şi, în special arcada mandibulară, reprezintă, prin dinţii frontali (4 incisivi + 2 canini de fiecare arcadă), elementele de sprijin delicat pentru instrumentul de intubaţie ; în anumite situaţii, arcadele care nu se pot depărta, dinţii mobili sau prost inseraţi, ca şi protezele dentare de diverse tipuri, pot reprezenta tot atâtea obstacole pentru manevrele de intubaţie.

B. ORO-FARINGELE, porţiunea mijlocie a faringelui, are forma unui cilindru turtit, cuprins între faţa inferioară a vălului palatin şi un plan dus prin osul hioid ; şi oro-faringele este delimitat de 6 pereţi :

- superior, reprezentat de faţa inferioară a vălului palatin şi a istmului nazo-faringian ;
- inferior, în comunicare liberă cu laringo-faringele ;
- lateral, lojile amigdaliene (între cei doi pilieri, anterior şi posterior) şi îndărătul lor de unghiurile laterale ale faringelui ;

- posterior, coloana vertebrală în dreptul arcului anterior al atlasului, axisului şi al celei de a treia vertebre cervicale ;
- anterior, peretele este alcătuit din baza limbii, epiglotă şi valeculele mediană şi laterale.

C. LARINGELE, TRAHEEA şi BRONŞIILE

LARINGELE,

- Organ respirator şi fonator,
- Median şi nepereche,
- Ocupând zona mijlocie a gâtului,
- Superficial şi accesibil palpării,
- Cu mobilitate laterală (pasivă) relativă,
- Corespunde vertebrelor C_4, C_5 şi C_6 iar
- Organotopic se află sub osul hioid şi baza limbii, deasupra traheii şi înaintea faringelui.
- De dimensiuni mai reduse la copil şi la femeie, laringele este alcătuit din mai multe piese cartilaginoase, articulate mobil prin ligamente şi membrane, acţionate de formaţiuni musculare şi căptuşit de o mucoasă cu elemente glandulare.
- Are forma unui trunchi de piramidă triunghiulară, cu baza orientată în sus şi cu marele ax orientat uşor oblic de sus în jos şi dinainte înapoi.
- Această structură complexă, cartilaginoasă şi musculo-membranoasă, menajează o cavitate laringiană de volum variabil, căruia i se descriu 3 etaje :

a. **etajul supraglotic** ţine de la deschiderea superioară a laringelui până la marginea liberă a corzilor vocale superioare şi are forma unei cavităţi ovale, cu patru pereţi :

= anterior, format din epiglotă (acoperită de mucoasă de tip respirator) şi tuberculul lui CZERMAK ;

= posterior, alcătuit din muşchiul ari-aritenoidian (între care se observă şanţul inter-aritenoidian), de cartilagiile aritenoide şi corniculate ;

= laterali, constituiţi de repliurile ariteno-epiglotice care continuă, în jos, faţa superioară a corzilor vocale superioare.

b. **etajul glotic** se află situat între corzile vocale superioare şi cele inferioare, alcătuind adevăratul organ fonator, constituit din :

= două prelungiri laterale, ventriculii lui MORGAGNI şi

= GLOTA, fantă mediană, variabilă, de formă trunghiulară cu baza posterioară, delimitată de marginile libere ale :

- CORZILOR VOCALE, în număr de 4 (două superioare şi două inferioare), formaţiuni musculo-ligamentare cu direcţie antero-posterioară :
  * **corzile vocale superioare** sunt formate dintr-un repliu al mucoasei laringiene, în grosimea căruia se află ligamentul tiro-aritenoidian superior ;
  * **corzile vocale inferioare**, de asemeni repliuri mucoase, conţin ligamentul tiro-aritenoidian inferior şi fasciculul intern al muşchiului tiro-aritenoidian ; ele se prind anterior în unghiul intrând al cartilagiului tiroid, lateral de pereţii laringelui iar posterior pe apofiza vocală a cartilagiului aritenoid, marginea liberă limitând orificiul glotic.

c. **etajul subglotic** prezintă, pe peretele larteral, faţa infero-internă a corzilor vocale inferioare şi se continuă cu traheea.

TRAHEEA,

- Conduct median nepereche,
- Se întinde de la marginea inferioară a cartilagiului cricoid până la originea bronhiilor.
- Iniţial superficială, pe măsură ce coboară în torace devine din ce în ce mai profundă şi este situată în mod constant înaintea esofagului, având o lungime de 12 -13 cm şi un diametru de 16 -18 mm.
- Are mobilitate pasivă laterală limitată, fiind alcătuită din 13 -14 INELE CARTILAGINOASE deschise posterior, unde sunt completate de MUŞCHIUL TRAHEAL ; ultimul inel traheal (cartilagiul carinal), suplu şi elastic, realizează PINTENUL TRAHEAL, de unde pornesc cele două bronşii.
- Traheea este tapetată de o mucoasă aderentă de planurile subjacente.

BRONŞIILE,

- Dreaptă şi stângă,
- Iau naştere din bifurcaţia traheei, la nivelul vertebrei D_4 - D_5, puţin la dreapta liniei mediane (datorită deplasărilor produse de crosa aortei) :

a. bronşia stângă este mai lungă (4 - 5 cm), mai subţire (11 - 12 mm) şi mai oblică ;

b. bronşia dreaptă este mai scurtă (3,5 - 4,5 cm), mai voluminoasă (15 - 16 mm) şi mai puţin oblică ; fiind mai apropiată de verticală decât bronşia stângă, corpii străini se angajează mai ales pe această

bronşic.

D. COLOANA VERTEBRALĂ CERVICALĂ participă în mod indirect la manevrele de intubaţie care presupun deflectarea extremităţii cefalice ; or, realizarea acesteia reclamă o coloană de lungime convenabilă şi, mai ales, cu mobilitate normală.

Există situaţii cu conformaţii particulare, cu coloană scurtă, umerii ridicaţi, gât scurt, " de taur ", care nu permit o deflectare favorabilă a extremităţii cefalice.

De asemenea, coloanele rigide, aflate în stare de ankiloză de diverse grade, nu permit mobilizarea şi realizarea unei extensii utile actului de intubaţie ; în ambele situaţii, cele trei axe (bucal, faringian şi laringian) nu pot fi modificate în mod util, ceea ce îngreunează manevrele intubaţiei oro-traheale.

III OBIECTIVE şi PRINCIPII

OBIECTIVELE intubaţiei traheale sunt :

- asigurarea libertăţii căilor respiratorii (fără a o garanta),
- separarea căilor respiratorii de calea digestivă,
- controlul sau asistarea respiraţiei după necesităţi şi
- modificarea compoziţiei gazelor în inspir şi expir.

În acelaşi timp, realizarea intubaţiei traheale permite :

- controlul şi stăpânirea funcţiei respiratorii, funcţie vitală ;
- scăderea efortului respirator pe unul sau pe ambii timpi ai respiraţiei ;
- realizarea unor volume respiratorii dorite ;
- modificarea compoziţiei gazelor în inspir sau introducerea unor substanţe volatile în plămân ;
- absorbţia CO_2 şi a altor componente sau eliminarea lor în mediul exterior ;
- realizarea unor circuite variate : deschise, semideschise, închise ;
- modificarea spaţiului mort ;
- controlul respiraţiei în poziţii operatorii dificile ale bolnavilor ;
- depărtarea anestezistului de câmpul operator imediat ;
- folosirea relaxării musculare profunde ;
- resuscitarea respiratorie sau tratamentul corect al unor complicaţii respiratorii ;
- evitarea sau temporizarea unei traheostomii, prin prelungirea intubaţiei etc.

PRINCIPIILE care trebuie să guverneze realizarea unei intubaţii

- Cunoştinţe teoretice şi practice suficiente, îndemânare şi experienţă.
- Utilizarea unui instrumentar adecvat, adaptat fiecărui caz în parte, în deplină garanţie de funcţionare, evitând improvizaţiile de orice fel.
- Întrebuinţarea unor sonde calibrate, adaptate scopului urmărit de intubaţie.
- Posibilitatea realizării unei etanşări a sondei în lumenul traheal sau, uneori, bronşic, în vederea excluderii unuia dintre plămâni din circuitul ventilator.
- Intubaţia traheală este un act de delicateţe extremă, de aceea trebuie să decurgă în condiţii unui traumatism redus, fără manevre brutale şi în timp cât mai scurt, pe un bolnav pregătit să suporte actul respectiv.
- Intubaţia traheală realizează un moment de un dramatism particular, rar întâlnit în alte acţiuni medicale, prezent - indiferent de experienţa anestezistului - la fiecare caz în parte.
- Intubaţia trebuie supravegheată în mod continuu şi cu atenţie particulară, pentru a surprinde în timp util, incidentele, accidentele şi complicaţiile posibile.
- Detubarea trebuie să survină pe un bolnav apt de a-şi realiza singur respiraţia eficientă şi reclamă o sumă de condiţii, ca şi o supraveghere atentă.

IV INDICAŢII şi CONTRAINDICAŢII

INDICAŢIILE intubaţiei :

- **Intubaţia în scop anestezic** este cel mai frecvent folosită, aceasta realizând condiţiile unei anestezii profunde şi de durată, ale relaxării musculare utile, ale confortului chirurgical, pentru intervenţii de mai mică sau mai mare amploare care nu pot fi realizate prin alte modalităţi anestezice.
- **Intubaţia de protezare**, în cazurile de insuficienţă respiratorie acută de diverse cauze :
  - = comă, intoxicaţii, şoc anafilactic, tetanos, crize epileptice subintrante ;
  - = traumatisme toracice grave, afecţiuni pleuro-pulmonare severe, inundaţii ale arborelui traheo-bronşic ;
  - = leziuni ale diafragmului ;
  - = politraumatisme ;

= rahianestezii înalte, leziuni recurenţiale etc.

CONTRAINDICAŢIILE, rare dar posibile, pot fi reprezentate de :

- Afecţiuni laringo-traheale : inflamaţii, tumori, paralizii etc.
- Anevrisme ale arcului aortic, etc.

V PREGĂTIREA BOLNAVULUI

Pregătirea generală implică examenul clinic general pe aparate şi sisteme, ca şi o explorare biologică şi funcţională complexă, absolut obligatorii, atât pentru a decela diversele tulburări generale şi viscerale care pot fi afectate de actul anestezic sau de cel operator, în vederea corectării lor, cât şi pentru a individualiza parametrii ventilatori. Un examen general bine condus şi corect realizat ne poate scuti de o multitudine de surprize neplăcute, oricând posibile.

Pregătirea locală :

- Examenul local este la fel de necesar, pentru a decela eventualele anomalii, deformări sau suferinţe care pot împiedeca actul intubaţiei ; acest examen poate impune şi o cercetare laringoscopică ori chiar tratament local nazo-, oro-faringian sau chiar laringian.
- De asemeni, se controlează dantura, se inventariază dinţii mobili şi se scot protezele mobile.

VI ANESTEZIE

Socotită ca o manevră specială pentru îngrijirea bolnavului dar susceptibilă de a declanşa reflexe sau tulburări grave, însăşi intubaţia oro-traheală reclamă o stare anestezică specială. În consecinţă intubaţia oro-traheală poate fi realizată pe bolnavul aflat în :

ANESTEZIE GENERALĂ inhalatorie : eter, halothane etc.

INDUCŢIE ANESTEZICĂ şi RELAXARE MUSCULARĂ , cel mai frecvent utilizată.

Sub **ANESTEZIE DE SUPRAFAŢA, DE CONTACT**, pe bolnavi cooperanţi, sau

FĂRĂ ANESTEZIE, la bolnavii comatoşi, cu insuficienţă respiratorie gravă, muribunzi etc.

VII INSTRUMENTAR

Trusa de intubaţie conţine :

LARINGOSCOPUL, cu lame drepte (MAGILL) sau curbe (McINTOSH) de diverse mărimi.

TOSH) de diverse mărimi.

SONDELE TRAHEALE pot fi :

= cu balonaş gonflabil, de diverse calibre şi lungimi (cel mai frecvent utilizate),
= fără balonaş (pentru intubaţia nazo-traheală),
= cu circuit dublu pentru separarea celor două bronşii (CARLENS),
= din cauciuc, plastic (PORTEX) ori latex cu suport metalic,
= reutilizabile sau de unică folosinţă.

MATERIALE DIVERSE : pense de limbă, deschizător de gură, mandren pentru sondă, pipe oro-faringiene, măşti diverse, tub cu gel lubrifiant, pulverizator, suport pentru sonde, căpăstru pentru măşti, tuburi FAUCHER, leucoplast etc.

De asemeni va fi pregătită aparatura specială pentru : ventilaţie, anestezie, aspiraţie, monitoare, defibrilator etc.

VIII DISPOZITIV

BOLNAVUL - în decubit dorsal, cu umerii la marginea mesei de operaţie, cu capul pe un suport sau liber pe o pernă specială, în aşa fel încât manevrele de ridicare, coborîre şi deflectare ale capului să fie posibile în orice moment ; membrele superioare în abducţie, pe suporţi, cu perfuzia şi aparatul de tensiune montate.

ANESTEZISTUL - în picioare, la capul bolnavului, cu mâinile libere, beneficiind de spaţiu suficient pentru manevră.

AJUTOARELE - de o parte şi de alta a anestezistului.

IX TEHNICĂ

Intubaţia oro-traheală în scop anestezic.

A. Pe bolnavul aflat sub inducţie anestezică corectă şi relaxare musculară suficientă, lipsit de mişcări respiratorii spontane, anestezistul plasează mâna dreaptă pe occiputul bolnavului şi realizează hiperextensia moderată a extremităţii cefalice a acestuia, în aşa fel încât planul feţei sale să fie îndreptat înapoi şi în sus, cu mentonul privind către zenit ; această manevră pensează gura esofagului şi evită distensia gastrică prin ventilaţia care poate precede intubaţia.

B. Cu ajutorul unei măşti de mărime corespunzătoare, care acoperă gura şi nasul bolnavului, bine aplicată şi etanşată cu ajutorul mâinii stângi, care ţine cu fermitate atât masca respectivă cât şi mandibula bolnavului, se

realizează, cu ajutorul balonului aparatului de anestezie cuplat la sursa de oxigen, ventilaţia bolnavului, în care timpul inspirator este activ, realizat de presiunea din balonul comprimat între mâna dreaptă şi toracele anestezistului iar expirul pasiv, prin suprimarea mişcării din balon şi ridicarea parţială a măştii de pe faţa bolnavului. Se realizează, după caz, un număr de 3 -5 sau mai multe cicluri respiratorii, până la perfectarea relaxării musculare şi buna oxigenare a bolnavului.

C. În timp ce policele şi indexul mâinii dreptei îndepărtează buzele şi arcadele dentare ale bolnavului, laringoscopul, prins cu fermitate în mâna stângă (poziţia de pumnal !), insinuează cu delicateţe, printre dinţii bolnavului, lama laringoscopului, care încarcă limba bolnavului şi o deplasează spre stânga, evitând prinderea ei între laringoscop şi arcada dentară, şi avansează treptat, la vedere, către şanţul gloso-epiglotic.

D. Bascularea cranială a laringoscopului, în axul arcadei dentare, face ca baza limbii, bine încărcată pe lama laringoscopului, să elibereze câmpul vizual, ceea ce permite expunerea fantei glotice sau partea ei posterioară.

E. Sub control vizual perfect, mâna dreaptă apucă sonda de intubaţie oferită de către ajutor, o introduce în cavitatea bucală, prin comisura bucală dreaptă şi, dirijată de laringoscop, o împinge până în deschiderea glotică, pe care o depăşeşte, fără brutalitate.

F. Se îndepărtează laringoscopul, se controlează prezenţa sondei în trahee prin câteva mişcări de apăsare asupra toracelui, ceea ce va expulza jeturile corespunzătoare de aer în palma anestezistului, se cuplează sonda la aparatul de anestezie, se realizează câteva cicluri respiratorii cu ajutorul balonului aparatului de anestezie (ceea ce va realiza expansiunea pulmonară amplă), se umflă balonaşul de etanşare traheală, sub controlul balonaşului martor ; sonda se fixează pe faţa bolnavului cu benzi de leucoplast, se cuplează la aparatul de ventilaţie şi apoi la cadrul mesei de operaţie.

DETUBAREA este o manevră simplă care se realizează prin extragerea sondei de intubaţie din trahee, atunci când bolnavul şi-a reluat respiraţia spontană şi eficientă. Este bine ca îndepărtarea sondei să se facă cu balonaşul umflat pentru a aduce la exterior eventualele secreţii adunate în trahee în timpul operaţiei.

Sonda de intubaţie este înlocuită de o pipă oro-faringiană, care se menţine până când bolnavul dă semne că nu o mai suportă.

X VARIANTE TEHNICE

- Intubaţia pe deget are un interes istoric şi nu se mai practică astăzi nici pentru sugari.
- Intubaţia naso-traheală se realizează mai ales pentru bolnavii care necesită protezare respiratorie un timp mai îndelungat, fiind mai bine suportată.
- Intubaţia pe orificiul de traheostomie poate fi privită numai ca o metodă de absolută excepţie.

XI INCIDENTE ŞI ACCIDENTE

- Incidentul major al intubaţiei este reprezentat de imposibilitatea de a o realiza : semiankiloze, ankiloze temporo-mandibulare, coloană cervicală rigidă, lipsa forţei pentru manevrarea laringoscopului, lame de laringoscop improprii, anestezie sau relaxare insuficientă etc. În astfel de situaţii se va continua respiraţia bolnavului pe mască şi se vor schimba tehnica, anestezia sau chiar anestezistul, ori se renunţă la anestezie şi la intervenţie pentru acea zi. Este bine să se reia manevele de intubaţie cu corectivele necesare dar acestea nu trebuie repetate la nesfârşit deoarece pot surveni complicaţii destul de grave, dintre care spasmul bronşiolar este cel mai grav.
- Defectarea instalaţiei de iluminare poate reclama înlocuirea laringoscopului sau folosirea lămpii scialitice.
- Trezirea bolnavului dintr-o anestezie superficială reclamă reluarea injectărilor sau anestezia de suprafaţă.
- Traumatismele locale, de diverse grade :
  - = plăgile, hematoamele limbii, buzelor sau ale arcadelor dentare nelocuite şi subluxarea mandibulei, sunt posibile ;
  - = ruptura sau dislocarea dinţilor şi antrenarea lor în trahee reprezintă un accident serios ;
  - = lezarea mucoasei laringiene sau traheale, a epiglotei, corzilor vocale şi epistaxisul, poate surveni prin manevre brutale sau relaxare insuficientă, lipsa spaţiului pentru manevrele de intubaţie etc.
- Tulburările reflexe :
  - = aritmiile sau chiar stopul cardiac, laringospasmul, tusea, vărsăturile şi inundaţia traheo-bronşică, sunt tot atâtea incidente sau accidente posibile, la care anestezistul trebuie să se aştepte, care pot surveni în cele mai banale circumstanţe, care nu

trebuie să-l surprindă şi pentru care trebuie să aibe soluţii corecte.

- Intubarea esofagului, a unei bronşii (dreapta mai ales), cu apariţia atelectaziei plămânului opus, sonda rău poziţionată în trahee, cu bizoul blocat de peretele traheal, sondă insuficient introdusă, cu balonaşul la nivelul corzilor vocale etc., reclamă corectarea sau reluarea manevrelor de intubaţie.
- Obstrucţia sondei traheale prin turtire, îndoire, muşcare, secreţii, dislocarea balonaşului cu astuparea bizoului sondei etc.
- Insuficienţa respiratorie acută prin sondă de calibru necorespunzător, tuse, spasm al musculaturii respiratorii, bronhospasm, edem pulmonar acut, poate antrena tulburări grave şi stop cardiac.
- Accidentele la detubare : spasm glotic, obstrucţii respiratorii prin secreţii sau corpi străini, vărsături (sânge, lichide de hipersecreţii, conţinut intestinal refluat etc).

XII ÎNGRIJIRI

Supravegherea bolnavului până la completa trezire şi reapariţie a tuturor reflexelor este absolut obligatorie, repausul în cameră liniştită, în pat cald, acoperit, cu extremitatea cefalică răsucită către stânga, administrarea perfuziilor, a analgeticelor ca şi plasarea sondei de oxigen, a celei de aspiraţie gastrică şi urinară, fac parte din perioada post-anestezică, de trezire, care trebuie să decurgă fără incidente dar care poate fi grevată de unele complicaţii.

XIII COMPLICAŢII

- Durerea de gât este complicaţia cea mai frecventă şi mai uşoară, care durează 5 - 7 zile şi poate fi determinată de intubaţiile dificile, cu întinderea şi traumatizarea structurilor fragile cu instrumentul de intubaţie, de prezenţa sondei şi a contactului prelungit cu mucoasa faringo-laringiană, de meşarea faringelui sau prin decubitul de sondă etc.
- Laringitele, edemul laringian, ulceraţiile corzilor vocale sunt citate.
- Traheitele, traheo-bronşitele şi infecţiile pulmonare, de diverse grade, pot apărea la unii bolnavi, uneori neaşteptat.
- Sindromul MENDELSOHN presupune aspiraţia conţinutului gastric (sau intestinal) în arborele respirator şi poate avea diverse

urmări, mai simple sau, dimpotrivă, deosebit de grave.

XIV SECHELE

- Intubaţia oro-traheală este o manevră zilnică, uzuală, curentă, încât nu se poate vorbi de sechele proprii acestui act.
- Dar nici nu pot fi negate unele tulburări cu caracter sechelar, care în general, se estompează odată cu trecerea timpului.
- Sechelele adevărate, legate strict de actul intubaţiei sunt destul de rare : stenoze, sinechii traheale etc.

XV REZULTATE, PROGNOSTIC

- Fiind vorba de una dintre manevrele absolut elementare care au permis progrese deosebite ale anesteziei şi ale chirurgiei moderne, trebuie subliniate rezultatele favorabile ale acestei manevre medicale.

VENTILAŢIA ARTIFICIALĂ

A. Se vorbeşte în mod curent de " respiraţie asistată " sau " de respiraţie controlată ", care nu sunt, în realitate, decât aspecte ale **VENTILAŢIEI ASISTATE**, termen mai corect decât cel de respiraţie, care presupune un proces cu mult mai complex, inclusiv tisular. În consecinţă,

VENTILAŢIA ARTIFICIALĂ recunoaşte două aspecte :

1. **RESPIRAŢIE** sau **VENTILAŢIE ASISTATĂ,** care se referă la acei bolnavi care prezintă un grad de respiraţie spontană dar ineficientă, acţiunea aparaturii completând sau îmbunătăţind procesul de respiraţie-ventilaţie, şi
2. **RESPIRAŢIE** sau **VENTILAŢIE CONTROLATĂ,** în întregime realizată de aparat, bolnavii aflându-se în stare de apnee (spontană sau indusă).

B. Din punct de vedere tehnic :

= **ventilaţia asistată** este realizată de ASISTOARE, aparate care intră în funcţie numai după ce subiectul, prin respiraţie proprie, spontană, realizează o presiune negativă în arborele aerian, presiune sesizată de un mecanism (TRIGGER) care declanşează inspirul artificial prin aparat, în timp ce

= **respiraţia controlată** dispune de aparate speciale în care ambii timp ai respiraţiei funcţionează pe bază de presiune intermitent pozitivă, ceea ce are ca dezavantaj creşterea presiunii medii intratoracice.

C. Odată cu introducerea metodelor de ventilaţie artificială care folosesc presiune alternativă şi curbă respiratorie ameliorată, discuţiile şi diferenţele dintre ventilaţia asistată şi cea controlată pierd din valoare întrucât practica modernă dispune de aparate care realizează ambele tipuri de ventilaţie, într-o multitudine de circuite posibile.

D. Aparatura pentru ventilaţia artificială foloseşte, pentru reglarea aerului introdus în plămânii bolnavului :

= presiunea, prin intermediul ventilatoarelor manometrice, care la un prag prestabilit, întrerup fluxul gazos iar expirul urmează pasiv, prin elasticitatea toracică şi pulmonară (ventilatoarele BIRD, DRAEGER), sau

= volumul, cu ajutorul ventilatoarelor volumetrice, care trimit pentru fiecare inspir, un volum prestabilit de gaze, după care urmează expirul pasiv ;

= există, de asemeni, şi aparate care realizează activ, atât inspirul cât şi expirul.

Ventilaţia mecanică se realizează prin adaptarea sondei traheale sau a canulei de traheostomie la aparat ; numai pentru o perioadă scurtă se poate realiza ventilaţia mecanică cu balonul RUBEN sau cu balonul aparatului de anestezie.

Odată aparatura montată, trebuie să se realizeze sincronizarea între pacient şi aparat, prin inhibarea respiraţiei spontane, medicamentos, inhibarea prin hiperventilaţie (hipercapnie) fiind utilă doar pentru o perioadă scurtă.

E. Ventilaţia artificială realizează :

= eliminarea eficientă a CO_2,

= creşterea ventilaţiei alveolare şi a presiunii O_2 ceea ce

= diminuă sau aboleşte efortul muscular inspirator dar

= scade întoarcerea venoasă,

= cu creşterea PVC şi în circulaţia plumonară şi
= cu scăderea debitului cardiac ;
= pentru ameliorarea acestor fenomene se recomandă reglajul în aşa fel încât :
* inspirul să fie mai scurt decât expirul iar
* cele două momente să fie despărţite de o pauză.

F. Durata ventilaţiei mecanice poate varia între câteva ore şi săptămâni sau luni.

G. În acest interval bolnavul trebuie să fie foarte bine îngrijit şi supravegheat, în vederea aspiraţiei secreţiilor acumulate în arborele respirator, al umidificării aerului inspirat, pentru o alimentaţie corectă şi, în mod cu totul special, pentru prevenirea escarelor.

H. Rezultatele ventilaţiei artificiale pot fi bune sau foarte bune, în raport cu o multitudine de factori (cauze, durată, subiect etc.) care trebuie luaţi în consideraţie.

2

CATETERISMUL VENOS PENTRU REANIMARE

I DEFINIŢIE

CATETERISMUL VENOS este manevra chirurgicală prin care se realizează introducerea unui cateter în lumenul unei vene superficiale sau uşor accesibile, în scopul realizării unui acces permanent şi eficient în torentul circulator.

II ANATOMIE CHIRURGICALĂ

Vene tributare sistemului cav superior :

1. **Vena jugulară externă** ia naştere din :
   = vena maxilară internă şi
   = vena temporală superficială, la nivelul gâtului condilului mandibulei ; are trei porţiuni :
   - una parotidiană, în grosimea glandei,
   - o porţiune sterno-cleido-mastoidiană, accesibilă cateterismului, cu direcţie oblică în jos şi înainte, fiind aşezată pe faţa externă a tecii muşchiului, într-o dedublare a foiţei superficiale a acesteia ; este acoperită de pielosul gâtului şi piele, fiind încrucişată de ramurile plexului cervical superficial ;
   - în porţiunea supraclaviculară, la 1 - 2 laturi de deget deasupra claviculei, vena jugulară perforează aponevroza cervicală superficială şi mijlocie şi se varsă în vena subclaviculară.

2. Vena cefalică ia naştere din unirea :

= venei medio-cefalice cu

= vena radială, la nivelul epicondilului, şi are un traiect ascendent, pe faţa antero-laterală a braţului, paralel cu marginea laterală a bicepsului, până la nivelul unde deltoidul se inseră pe humerus. Aici se situează în şanţul delto-pectoral şi, perforând aponevroza clavi-pectorală, se varsă în vena axilară.

Vena este superficială pe tot traiectul său, cu excepţia segmentului din şanţul delto-pectoral, unde devine ceva mai profundă.

Vena cefalică poate primi anastomoze din vena bazilică şi din jugulara externă.

3. Vena bazilică ia naştere din unirea :

= venei medio-bazilice cu

= vena cubitală, în dreptul epicondilului intern şi are un traiect ascendent, pe faţa antero-internă a braţului, paralel cu marginea internă a bicepsului, până la nivelul mijlocului braţului, unde perforează aponevroza brahială (orificiu comun cu nervul brahial cutanat) şi se varsă în vena humerală sau chiar în axilară.

Toate cele trei vene descrise se varsă în

4. Vena subclaviculară care continuă vena axilară şi ţine de la :

= mijlocul claviculei, până la

= nivelul articulaţiei sterno-claviculare, unde se uneşte cu vena jugulară internă, pentru a forma trunchiul brahio-cefalic drept şi stâng ;

Vena subclaviculară se află situată într-o teacă fibroasă realizată de aponevroza cervicală mijlocie şi are ca rapoarte :

= anterior : muşchiul subclavicular şi jumătatea internă a claviculei ;

= posterior : muşchiul scalen anterior care o desparte de artera subclaviculară ;

= superior : pielea, pielosul, aponevroza cervicală superficială şi mijlocie, iar

= inferior : prima coastă, domul pleural şi vârful plămânului.

Aproape de terminare, primeşte :

= canalul toracic (în stânga), şi

= marea venă limfatică (în dreapta).

In această zonă, venele au câte două valvule care opresc refluxul venos din trunchiul brahio-cefalic.

Din cauza tecii fibroase, vena rămâne deschisă la secţiune, fiind o venă de tip aspirativ, cu risc mare de embolie gazoasă, în caz de lezare.

Vena subclaviculară primeşte direct, sau prin intermediul jugularei interne ori a trunchiului brahio-cefalic , următorii colectori venoşi :

= mamare interne, vertebrale, tiroidiene inferioare, cervicale profunde, scapulare inferioare şi posterioare, jugulară externă şi anterioară.

Vene tributare sistemului cav inferior :

1. **Vena safenă internă (Vezi 41 - II).**
2. **Vena ombilicală** (repermeabilizată) :

Vena ombilicală obstruată realizează ligamentul rotund la adult şi are :

= un segment juxtaombilical, de 4 - 6 cm, fibros şi fără lumen, şi
= un segment intermediar, de calibru mai important, de 3 - 4 mm, şi care are, la rândul său, două segmente :
- unul intraperitoneal, de cca 8 cm, care se îndreaptă în sus, posterior şi la dreapta, către marginea liberă a ficatului, pe care o atinge între segmenetele hepatice III şi IV ;
- un segment subhepatic, de 3 - 4 cm, care se deschide în ramul stâng al venei porte.

IV OBIECTIVE şi PRINCIPII

Terapia intensivă a unui bolnav se sprijină aproape în exclusivitate pe calea intravenoasă de administrare a tuturor lichidelor şi a substanţelor medicamentoase, datorită avantajelor incontestabile pe care această cale le prezintă :

= introducere directă în torentul circulator,
= rapiditate şi volume importante,
= atingerea unor concentraţii dorite şi controlabile,
= acţiune promptă etc.,

ceea ce face din alegerea altor căi, o excepţie.

Este adevărat ca puncţia venoasă simplă urmăreşte aceleaşi deziderate dar cu anumite limite anatomice ; uneori, capitalul venos accesibil al bolnavului poate fi sărac, inaccesibil şi uşor de epuizat sau de compromis, prin puncţiile venoase repetate. În consecinţă,

OBIECTIVUL PRINCIPAL al intervenţiei este asigurarea, permanentă şi continuă, a accesului direct în torentul circulator, prin introducerea unui cateter (simplu sau special), în lumenul venos care, prin adaptarea

la sursa de perfuzie, realizează toate dezideratele amintite, pe durata pe care o socotim necesară ; în plus, cateterizarea venoasă poate facilita şi un obiectiv diagnostic sau explorator, cu caracter intermitent : recoltare de probe biologice, măsurarea presiunii venoase centrale etc.

Pentru ca intervenţia să-şi realizeze scopul propus, ea trebuie să împlinească unele condiţii şi să respecte unele **PRINCIPII** :

- Cateterismul vizează o venă de acces facil, superficială sau imediat accesibilă printr-o intervenţie minoră (excepţie vena ombilicală) ; în acelaşi timp, vasul ales trebuie să aibe un calibru convenabil, în caz contrar, scopul principal nu este atins şi complicaţiile care pot surveni cresc ca incidenţă şi gravitate.
- De principiu, cateterul trebuie plasat la o distanţă convenabilă în raport cu cordul : suficient de aproape dar, în acelaşi timp, evitând cateterele prea lungi, care pot ajunge chiar în cavităţile cardiace.
- Pentru venele membrelor, cateterul trebuie să se plaseze cât mai aproape de rădăcina acestuia, şi nu către extremităţi, unde cateterul este mai puţin bine tolerat.
- Cateterizarea venoasă trebuie să respecte absolut toate principiile unei intervenţii chirurgicale : analgezie, asepsie pentru instrumentar, materiale folosite şi chirurg .
- În unele situaţii vena trebuie sacrificată, prin ligatură în amonte de locul de introducere a cateterului.
- Vena cateterizată necesită o supraveghere permanentă pentru ca, la cele mai mici semne de accidente sau complicaţii locale, cateterul să fie suprimat.
- Realizarea cateterismului venos reclamă plasarea întregii tubulaturi în aşa fel încât să se evite smulgerea facilă a montajului, mai ales la bolnavii agitaţi sau inconştienţi sau să permită mobilizarea fără dificultăţi a bolnavilor.
- Cateterul venos poate fi menţinut, după necesităţi, multe zile sau săptămâni, în raport cu toleranţa locală ; în unele situaţii, cateterismul venos trebuie să aibe un caracter " itinerant " de principiu, deliberat, tocmai pentru a folosi cât mai mult o venă, fără complicaţii locale. De la sine înţeles că se va începe cu segmentele distale ale venei şi vom evolua către cele proximale.
- Se va alege, după caz, sistemul venos cel mai adecvat, fiind lipsită de logică, spre exemplu, utilizarea sistemului cav inferior într-o ruptură de pedicul renal sau într-un traumatism hepatic grav.
- De asemenea, vena aleasă trebuie să se afle cât mai departe de un

focar septic sau lezional divers : arsură, plagă, hematom etc.

IV INDICAŢII şi CONTRAINDICAŢII

INDICAŢIILE cateterismului venos sunt foarte variate :

1. Pentru tratamentul sau pregătirea preoperatorie a bolnavilor gravi : politraumatisme, şoc, ocluzie, septico-pioemii etc.
2. În cadrul anesteziilor şi tratamentului peroperator pentru : intervenţii de amploare, de lungă durată, pe cord deschis, pe bolnavi în poziţii deosebite etc ; în unele situaţii, asigurarea a două sau chiar a mai multor vene poate fi necesară.
3. Terapia intensivă comună :
   - = nutriţie parenterală, come diverse,
   - = insuficienţă renală, hepatică, pulmonară etc
   - = septicemii sau septico-pioemii avort septic, peritonite, gangrene, tetanos etc.
   - = arsuri, intoxicaţii,
   - = hemoragii digestive severe, ocluzii intestinale, infarcte intestino-mezenterice, fistule digestive, pancreatite acute etc.
   - = necesitatea unor tratamente ritmice : insulină, heparină, citostatice etc.
   - = ventilaţie pulmonară prelungită etc.

CONTRAINDICAŢIILE lipsesc, tocmai cazurile cele mai grave beneficiind, în cel mai înalt grad, de cateterismul venos.

V PREGĂTIRE PREOPERATORIE

Nu intră în discuţie

VI ANESTEZIE

Cea mai simplă şi suficientă în acelaşi timp, este **ANESTEZIA LOCALĂ.**

Cateterismul se poate realiza şi în cursul unei **ANESTEZII GENERALE** aflate în curs.

VII INSTRUMENTAR

COMUN - trusa de intervenţii mici : bisturiu şi foarfeci fine, pense de disecţie, depărtătoare fine etc.

MATERIALE SPECIALE :

= cateterele :

- simple, din tub de PVC, de diverse calibre şi lungimi, moi ;
- catetere speciale : semirigide, cu ambou din plastic, cu dopuri speciale, siliconate, montate cu ac special pentru puncţie şi introducere a cateterului, de unică folosinţă, catetere de tip "fluture" pentru venele epicraniene la copii etc.
- Una dintre cele mai folosite modalităţi de cateterizare aparţine FLEXULEI care, în fapt nu este altceva decât un cateter mai lung sau mai scurt, flexibil, care se introduce în venă cu ajutorul unui mandren metalic prevăzut cu un martor al puncţiei reuşite, şi care, imediat ce a pătruns în lumenul venos se îndepărtează, cateterul de plastic avansând fără pericolul de a perfora vena. Flexula se poate îndoi după mişcarea segmentului care îl poartă, fără a se obstrua.

= ace groase de puncţie venoasă, prin care se introduc cateterele subţiri ;

= tubulatura de perfuzie, recipientele etc.

VIII DISPOZITIV OPERATOR

BOLNAVUL - în decubit dorsal, cu membrele superioare în abducţie pentru cateterizare şi aparat de tensiune.

OPERATORUL - de aceeaşi parte cu vena care se cateterizează.

IX TEHNICĂ

Cateterismul venei cefalice, în şanţul delto-pectoral, prin descoperirea venei.

A. Se reperează şanţul delto-pectoral, prin palpare directă, între fasciculul clavicular al pectoralului mare şi deltoid, în porţiunea lui cea mai externă.

B. Se practică o incizie longitudinală de 3 - 4 cm, chiar pe axul şanţului respectiv, secţionând pielea şi ţesutul celular subcutanat.

C. Se disociază planul dintre pectoral şi deltoid, deasupra aponevrozei clavi-coraco-pectoro-axilare, înainte ca vena să pătrundă sub aceasta, şi se descoperă .

D. Se eliberează vena de conexiunile celuloase, pe distanţă de 1 - 2 cm, se încarcă pe o pensă curbă şi se aplică o ligatură distală.

E. Secţiunea venei se face bizotat, pe peretele anterior al venei, suficient pentru a introduce capătul cateterului, de asemeni bizotat.

F. Introducerea cateterului se face cu uşurinţă, fără a-l forţa, pe dis-

tanţă de 10 - 15 cm, ceea ce coincide cu umplerea acestuia cu sânge, dacă el nu este prevăzut cu un dop special.

G. Fixarea cateterului pe venă are loc prin ligatură directă, ceea ce ne permite extragerea unei cantităţi de sânge pentru analize sau numai pentru îndepărtarea aerului din cateter şi cuplarea lui la tubulatura de perfuzie şi, mai departe, la flaconul sau punga de perfuzie.

H. Sutura liniei de descoperire, solidarizarea cateterului cu unul dintre fire şi aplicarea pansamentului încheie intervenţia.

X VARIANTE TEHNICE

După sediu :

- vena safenă internă, la nivelul crosei, este mai puţin folosită în prezent, în favoarea venelor sistemului cav superior ;
- vena bazilică este rar utilizată ;
- vena ombilicală repermeabilizată poate fi folosită pentru tratamentul intensiv în cadrul intervenţiilor pe căile biliare, ficat sau al altor afecţiuni abdominale.

După modul de realizare a cateterismului :

- prin descoperire : cefalică, bazilică, crosa safenei etc ;
- prin trocarizare : se introduce pe cale percutanată, un ac gros în venă (jugulara externă, subclaviculară) ; după ce ne-am convins că acul se află în lumen (după sângele exteriorizat), cateterul din plastic, bine calibrat pentru a aluneca cu uşurinţă în interiorul acului, se introduce pe distanţa dorită, acul se retrage cu atenţie pentru a nu deplasa şi cateterul şi apoi acesta se fixează la tegument, cu ajutorul unui fir textil ;
- flexula reprezintă cea mai elegantă şi mai sigură modalitate de cateterizare a unei vene ; flexulele pot fi de calibre bine determinate, siliconate şi prevăzute cu dopuri eficiente, astfel încât e posibil ca aceasta să fie păstrată timp îndelungat şi folosită intermitent, la nevoie.

XI INCIDENTE şi ACCIDENTE INTRAOPERATORII

Deşi cateterizarea venoasă este o intervenţie de mică chirurgie şi de utilizare curentă, incidentele şi accidentele nu lipsesc. Astfel :

- Dificultăţile în descoperirea venei, prin abord eronat, mai rar prin

anomalii anatomice, nu sunt rare, mai ales în condiţiile de urgenţă, când vasele venoase sunt colabate.

- Venele de calibru inadecvat în raport cu cateterele de care dispunem ne pot obliga la abandonarea unei vene descoperite şi deplasarea la o alta.
- Ruptura sau perforarea venei : nesesizată, perforaţia venei permite " perfuzarea " paravenoasă şi infiltrarea cu soluţie a planurilor vecine ; accidentul este uşor de constatat la o venă cu traiect superficial dar dacă vena este profundă, incidentul este greu de identificat, cel puţin în primele momente ale instalării perfuziei respective. Totuşi, dacă suntem atenţi, " ceva " se petrece cu perfuzia noastră, debitul nu este cel corespunzător sau aşteptat, ceea ce este în măsură să ne trezească suspiciuni.
- Leziunea domului pleural, în cursul cateterizării venei subclaviculare este un accident sever, cu atât mai grav cu cât este recunoscut mai tardiv : în realitate, perfuzia pe care o realizăm nu-şi atinge scopul propus în timp ce " perfuzarea " plămânului sau a pleurei (puncţia noastră poate determina un pneumotorax) nu este lipsită de inconveniente.
- Embolia gazoasă prin deschiderea unei vene este cu atât mai gravă cu cât aceasta este mai voluminoasă şi mai apropiată de cord şi reclamă măsuri de urgenţă majoră.
- Decolarea tunicilor venoase este posibilă şi este de presupus când debitul perfuziei venoase nu este satisfăcător.

XII ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

- Supravegherea permanentă a cateterului este absolut obligatorie ; se vor lua măsuri de schimbare a tubulaturii de perfuzare, atunci când aceasta nu funcţionează corect, la debitul corespunzător venei.
- Pansamentul local se va schimba zilnic şi se va urmări aspectul venei cateterizate şi al zonei înconjurătoare : induraţia venoasă, apariţia flebitei, congestia sau infiltraţia ţesuturilor vecine nu sunt de bun augur.
- Suprimarea cateterului va fi realizată imediat ce acesta nu mai este necesar, ştiut fiind că simpla prezenţă a cateterului este un factor iritativ pentru vene.

XIII COMPLICAŢII POSTOPERATORII

- Embolia gazoasă este complicaţia cea mai severă şi se poate produce fie prin perfuzarea " în gol ", datorată detaşării tubulaturii într-unul din segmentele trusei de perfuzie sau prin terminarea soluţiei din recipient. Din acest punct de vedere, pungile de soluţii golite, se colabează şi nu permit pătrunderea aerului, lucru care nu se petrece la recipientul solid, prevăzut încă, cu priză de aer ; accidentul este posibil şi reclamă asistenţă calificată de cea mai mare urgenţă.
- Flebita sau tromboflebita " de cateter " este relativ frecventă, poate fi produsă de iritaţia materialului din care cateterul este confecţionat dar şi de soluţiile perfuzate. Această flebită apare cu atât mai frecvent cu cât vena este de calibru mai mic, situaţie indusă de venele periferice.
- Procesele septice şi supuraţiile de diferite grade, având ca punct de plecare locul de puncţie venoasă, sunt posibile şi ne obligă la tratamente corespunzătoare.
- Unele accidente de tip alergie sau intoleranţă medicamentoasă, nu ţin de cateterismul propriu-zis ci de substanţele intrate cu brutalitate în torentul circulator.

XIV SECHELE POSTOPERATORII

- Cateterismul venos pentru reanimare este o manevră chirurgicală curentă şi, în general, este bine tolerat de către pacienţi.
- Totuşi, pentru anumite situaţii sau bolnavi, se pot cita flebite sau tromboflebite persistente şi supărătoare, mai ales la nivelul membrului inferior.
- De asemenea, o boală varicoasă adevărată poate fi declanşată de ligatura în amonte a venei cateterizate.

XV REZULTATE, PROGNOSTIC

- În marea majoritate, bolnavii cateterizaţi reprezintă o categorie de bolnavi dominată de gravitate şi risc, încât rezultatele sau prognosticul lor trebuie judecat prin prisma afecţiunii sau stării care a reclamat cateterismul şi mai puţin prin această manevră curentă şi valoroasă de mică chirurgie.

3

SUTURA VASCULARĂ : ARTERĂ, VENĂ

I DEFINIŢIE

SUTURA VASCULARĂ reprezintă un procedeu tehnic elementar şi fundamental, de restabilire a integrităţii anatomice şi funcţionale a unui vas arterial sau venos.

II ANATOMIE CHIRURGICALĂ

Orice perete vascular este structurat pe principiul unor tunici concentrice, diferit dezvoltate pentru artere şi vene, ceea ce le permite o diferenţiere anatomică şi, respectiv, funcţională. Astfel :

A. ARTERELE prezintă :

1. **Tunica medie** sau **MEDIA**, tunica cea mai bine reprezentată, alcătuită din :

a. o reţea elastică fenestrată şi

b. fibre musculare care se află între ochiurile reţelei elastice, ceea ce realizează un complex pulsator activ-elastic ; pe măsură ce ne îndepărtăm către periferie, spre arterele mici şi arteriole, ţesutul elastic se reduce în favoarea celui muscular, ceea ce justifică împărţirea arterelor în :

* artere elastice şi
* artere musculare.

Tunica medie este căptuşită de alte două straturi sau tunici :

2. **Tunica internă** sau **INTIMA**, subţire, alcătuită dintr-un endoteliu înconjurat de ţesut elastic, asigurând o perfectă continuitate şi netezime a lumenului vascular, compatibilă cu un flux sanguin continuu, şi

3. La exterior, **tunica externă** sau **ADVENTICEA**, reprezentată de un ţesut conjunctiv organizat, care separă vasul de structurile vecine, fiind în acelaşi timp purtătoarea elementelor vasculare şi nervoase :

* vasa vasorum şi
* plexul nervos periarterial.

B. VENELE au, de asemeni, cele trei tunici dar tunica medie este mai slab reprezentată şi inseparabilă de adventice ; în plus, în peretele venos se află mai puţin ţesut elastic şi muscular, ceea ce face ca el să fie mai subţire, mai uşor de deprimat şi mai supus dilataţiei.

C. DESCOPERIRI VASCULARE :

1. **ARTERA AXILARĂ** continuă artera subclaviculară de la mijlocul claviculei până la marginea inferioară a marelui pectoral, având 3 porţiuni : supra- retro- şi subpectorală.

a. direcţia arterei este aproape orizontală când membrul superior se află în abducţie de 90^{0};

b. linia de proiecţie este reprezentată de linia care uneşte treimea anterioară cu cea mijlocie a bazei axilei sau de-a lungul marginii anterioare a regiunii păroase a axilei ;

c. descoperire : incizie de cca 8 -10 cm în lungul proeminenţei muşchiului toraco-brahial, de la nivelul unde acesta încrucişează marginea inferioară a marelui pectoral până la punctul cel mai profund al axilei ; se secţionează teaca anterioară a coraco-brahialului şi a scurtei porţiuni a bicepsului, se depărtează muşchii şi, după secţiunea foiţei profunde a tecii, se ajunge pe arteră, înapoia nervului median.

2. **ARTERA HUMERALĂ** continuă artera axilară, de la marginea inferioară a marelui pectoral până la 3 cm deasupra plicii cotului, după ce a străbătut şanţul bicipital.

a. linia de proiecţie se află de-a lungul şanţului bicipital intern ;

b. pentru descoperire în 1/3 internă a braţului, incizia este de cca 6 cm de-a lungul proeminenţei bicepsului, la 1 cm în afara proiecţiei arteriale ;

c. secţionând teaca anterioară a bicepsului, după reclinarea muşchiului şi secţiunea tecii posterioare bicipitale, se descoperă artera humerală, îndărătul nervului median.

3. **ARTERA FEMURALĂ** continuă iliaca externă, de la nivelul arcadei crurale şi până la nivelul inelului marelui adductor, de unde continuă cu artera poplitee.

a. linia de proiecţie se află între mijlocul arcadei crurale şi tuberculul adductorilor, situat pe condilul intern al femurului ;

b. descoperirea vasului se poate face în mai multe segmente :
= în regiunea crurală, se practică o incizie de 8 - 10 cm pe linia de proiecţie, urcând cu 1 - 2 cm şi deasupra arcadei ; secţiunea pielii, a ţesutului celular subcutanat şi a foiţei superficiale a fasciei lata, ne conduce pe arteră ;
= în triunghiul SCARPA, se descoperă prin incizie de 8 -10 cm pe linia de proiecţie dar la 10 - 12 cm sub arcadă ; secţiunea fasciei superficiale, îndepărtarea în afară a muşchiului croitor şi secţiunea foiţei posterioare a acestuia ne aduce la nivelul vasului ;
= în canalul lui HUNTER, se face o incizie de cca 10 cm de-a lungul tendonului marelui adductor, pe membrul inferior uşor flectat din genunchi şi rotit în afară ; mijlocul inciziei trebuie să se afle la nivelul orificiului superior al canalului HUNTER (aflat la 13 -16 cm deasupra condilului) ; se incizează fascia lata, se îndepărtează croitorul înăuntru, ceea ce ne oferă acces asupra orificiului superior al canalului HUNTER (situat între muşchiul vast şi adductor), prin care ies nervul safen intern şi artera genunchiului ; secţiunea, pe o sondă canelată, a peretelui anterior al canalului, descoperă artera.

4. **V E N E L E** au aceleaşi tehnici de descoperire ca şi arterele.

III OBIECTIVE şi PRINCIPII

OBIECTIVELE PRINCIPALE ale intervenţiei pot fi :

- Refacerea parietală în cazul unei soluţii de continuitate limitate.
- Restabilirea continuităţii trunchiului vascular atunci când el a fost complet secţionat sau extirpat.
- Reimplantarea unui vas sau a unui grefon într-un trunchi vascular.
- Realizarea unei comunicări directe între vase sau vas şi grefon etc.

Orice restabilire anatomică a unui vas reclamă respectarea unor **PRINCIPII :**

- Sutura vasculară trebuie să se realizeze numai pe pereţi vasculari de calitate ; regularizarea tranşelor de suturâ trebuie să fie foarte economic făcută, cu instrumente fine şi tăioase, fără efiloşarea marginilor.
- Pentru realizarea în bune condiţii a unei suturi, vasele reclamă eliberarea lor pe o distanţă convenabilă, în ambele sensuri, atât pentru diminuarea tensiunilor din suturi cât şi pentru ca aplicarea unor laţuri sau pense vasculare să se poată realiza în cele mai bune

condiţii. Nu vom neglija să menţionăm că această eliberare trebuie efectuată circumferenţial, păstrându-ne într-un plan subadventicial.

- Identificarea vasului care trebuie descoperit poate întâmpina unele dificultăţi din cauza unei circulaţii colaterale dezvoltate, a edemului local posibil ca şi a unor anomalii vasculare care trebuie identificate..
- Plăgile fără acces suficient asupra vasului, impun realizarea unor incizii clasice de descoperire vasculară, chiar dacă părăsim " câmpul " oferit de leziunea părţilor moi.
- Sutura vasculară trebuie să fie absolut etanşă, factor care se realizează prin punerea în contact a intimei : defectele parietale realizate cu fenestrare şi lipsa de continuitate favorizează trombozele.
- Sutura nu trebuie să reducă din lumenul vascular normal.
- Firele de sutură se înnoadă în afară.
- Sutura vasculară poate pune în contact :
  - * vase de acelaşi tip : arteră-arteră sau venă-venă ;
  - * vase de tip diferit : arteră-venă sau
  - * vase cu proteze : arteră-proteză, arteră-proteză-arteră sau arteră -proteză - venă.

IV INDICAŢII şi CONTRAINDICAŢII

INDICAŢIILE sunt foarte variate :

1. Chirurgia traumatismelor :
   - contuzii sau plăgi ale vaselor membrelor, în cursul traumatismelor acestora sau
   - plăgi directe ale altor zone.
2. În chirurgia cardio-vasculară propriu-zisă :
   - chirurgia marilor vase,
   - chirurgia vasculară reconstructivă : trombendarterectomii, by-pass etc.
   - în accidentele embolice sau tromboembolice.
3. În chirurgia hipertensiunii portale şi
4. În chirurgia viscerală comună : transplante, accidente vasculare intraoperatorii etc.

CONTRAINDICAŢIILE sunt, şi ele, foarte variate şi se referă la :

- Vasele mici, la care ligatura este mai simplă, în măsura în care aceasta nu pune în pericol vital segmentul sau zona depedentă

vascular de acestea.

- Vasele cu alterări importante ale peretelui.

V PREGĂTIRE PREOPERATORIE

PREGĂTIREA PREOPERATORIE este diferită, după caz :

- Pentru chirurgia traumatică, asigurarea unui minim volemic, a unor vene bine cateterizate şi stabilirea unei compatibilităţi sanguine, sunt singurele măsuri logice.
- Pentru intervenţiile programate, pregătirea preoperatorie este diferită, în raport cu datele afecţiunii şi ale bolnavului. Trebuie foarte bine revizuite elementele mecanismelor de coagulare.
- Pentru leziunile intraoperatorii nu se pun în discuţie elementele de pregătire preoperatorie.

VI ANESTEZIE

Alegerea tipului de anestezie se va face în raport cu indicaţia, zona de acţiune şi datele oferite de bolnav. Toate tipurile de anestezie pot fi luate în consideraţie, cu menţiunea că trebuie să existe o mobilitate deosebită în a recurge la un alt tip de anestezie, în momentele în care modalitatea cu care am început se dovedeşte insuficientă.

În cele din urmă, chirurgul are de ales între **ANESTEZIA LOCALĂ, ANESTEZIA DE CONDUCERE** şi **ANESTEZIA GENERALĂ**, în raport cu situaţiile pe care le are de rezolvat.

VII INSTRUMENTAR

COMUN - tava de intervenţii mijlocii sau mari, după caz.
SPECIAL :

= pense vasculare fine,
= clampe vasculare, bull-dogi, SATINSKY etc.
= sonde FOGARTY, decolatoare, sonde NELATON ş.a.
= ace sertizate fine, portace speciale, parafină etc.
= lupă sau trusă de microchirurgie.
= aspirator de calitate etc.

VIII DISPOZITIV OPERATOR

BOLNAVUL - în decubit dorsal sau după caz.
ECHIPA OPERATORIE :

1. Operatorul - de aceeaşi parte cu leziunea.
2. Ajutoarele - în faţa chirurgului.

IX TEHNICĂ

Sutura arterei axilare secţionate accidental
Sutura venei femurale lezată lateral

A. SUTURA ARTEREI :

1. Descoperirea arterei, clamparea capetelor arteriale.
2. Disecţia şi eliberarea capetelor vasculare în lungime şi circumferenţial.
3. Regularizarea tranşelor vasculare se va face cu multă acurateţe şi economicitate.
4. Punerea în contact a capetelor vasculare se realizează prin apropierea penselor vasculare.
5. Se aplică două puncte de sutură de fixare, care aduc în contact capetele vasculare, la nivelul flancurilor.
6. În timp ce ajutorul pune în uşoară tensiune firele de capăt, se realizează sutura pe tranşa anterioară, cu fire separate, înnodate imediat sau puse pe pense, fire trecute la distanţă de 1,5 - 2 mm unul de altul şi la 1 - 2 mm de marginea vasului.
7. Se rotesc de 180^{0} firele de margine încât tranşa deja suturată devine posterioară şi se completează sutura pe tranşa anteriorizată.
8. Se declampează vasele distal şi apoi proximal, se constată punctele de fugă vasculară şi se completează sau, dacă sângerarea nu este importantă, se aşteaptă cele " 5 minute vasculare " pentru realizarea etanşeităţii adevărate.
9. Refacerea anatomiei locale încheie intervenţia chirurgicală.

B. SUTURA VENOASĂ :

1. Vena femurală este bine descoperită şi izolată, pe distanţă convenabilă.
2. Se aplică o pensă SATINSKI lateral, în aşa fel încât aceasta să oblitereze defectul venos dar să permită şi un flux venos eficient.
3. Se realizează un fir de unghi, după care
4. Se continuă sutura peretelui venos cu ajutorul unui surjet simplu, foarte fin, în care punctele de încărcare parietală se află la cca 1 - 2 mm unul de altul şi la 1 mm de marginile defectului venos. Surjetul terminat, se înnoadă cu el însuşi sau cu un fir suplimentar.
5. Relaxarea pensei vasculare ne dă relaţii asupra etanşeităţii suturii noastre şi, după caz, aplicăm firele suplimentare sau aşteptăm cele 5

minute vasculare de etanşare.

6. Refacerea anatomiei locale decurge după regulile obişnuite.

X VARIANTE TEHNICE

ARTERELE :

- Se pot trece trei fire de reper şi fixare, echidistant, pe capetele vasculare, după care, rând pe rând, între firele respective, se perfectează sutura celor trei laturi. Deşi pare mai laborioasă, implică o răsucire mai limitată a vasului.
- Firele separate pot fi înlocuite cu surjet dar acesta reclamă o atenţie specială : firul prea strâns poate reduce din lumenul vasului, cel prea larg compromite etanşeitatea. Este mai bine să se realizeze câte un surjet pe fiecare treime din circumferinţă, utilizând trei ace diferite.
- Sutura în " feston " realizează o sutură cu guleraş exterior, cu o bună asigurarea a continuităţii intimei.
- Patch-ul venos fixat cu surjet la periferia secţiunii arteriale poate realiza o recalibrare a vasului îngustat.

VENELE :

- Sutura cu fire separate este mai rar utilizată.
- Utilizarea unor inele metalice sau din plastic pentru a menţine linia de sutură neaplatisată.
- Sutura " fără sutură " se realizeaza prin intubarea capetelor venoase, cu ajutorul unor manşoane metalice.

MICROCHIRURGIA a schimbat în mod esenţial problematica suturilor vasculare. Dar chiar pentru serviciile neprofilate, folosirea unei lupe poate fi de un real folos.

VARIANTE DIVERSE pot fi luate în discuţie, în legătură cu folosirea grefoanelor vasculare.

XI INCIDENTE şi ACCIDENTE INTRAOPERATORII

Acestea pot fi consemnate, în funcţie de diversele modalităţi etiologice sau operatorii :

- Dificultăţi deosebite în apropierea capetelor vasculare pot apare atunci când suntem nevoiţi la regularizări sau sacrificii importante de ţesut vascular ; disecţiile mai întinse, ligatura unor comunicante sau transpoziţia vasului pe alte planuri pot ameliora situaţia dar numai în anumite limite ; altfel, suntem obligaţi la utilizarea unor

intermediari venoşi sau a unor grefoane.

- Efiloşarea tranşelor de secţiune, prin încărcarea " timidă " a ţesutului vascular poate implica suturi repetate neindicate.
- Încărcarea incorectă a pereţilor vasculari poate duce la realizarea unor suturi grosolane, neregulate, surse de tromboze ulterioare sau de strâmtorări importante ale vaselor.
- Embolia grăsoasă sau cu cheag sanguin adevărat, care se formează intraoperator, poate determina accidente pasagere sau, dimpotrivă, fatale, după caz, în raport cu gravitatea embolizării.
- Hemoragia intraoperatorie trebuie stăpânită conform regulilor de chirurgie vasculară cunoscute.

XII ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

ÎNGRIJIRILE POSTOPERATORII au o importanţă particulară şi vizează reechilibrarea tuturor compartimentelor afectate şi, mai ales, limitarea sau îndepărtarea riscului trombotic.

- Asigurarea unei volemii corecte este de cea mai mare importanţă.
- Administrarea heparinei, cel puţin 2 - 3 zile postoperator, continuă heparinizarea începută în timpul operaţiei şi se va face sub controlul strict al coagulogramei.
- Dextranul cu greutate moleculară mare are valoare de terapie antisludge de calitate, de reducere a rezistenţei periferice şi de diminuare a vâscozităţii sanguine.
- Asigurarea unei oxigenări corecte şi
- Evitarea scăderilor tensionale, sunt măsuri de avut în vedere.
- Repausul dublat de mobilizarea activă şi precoce, poate asigura un mers postoperator dintre cele mai simple.

XIII COMPLICAŢII POSTOPERATORII

COMPLICAŢIILE POSTOPERATORII pot surveni, legate de subiect dar şi de intervenţia în sine.

- Sângerarea şi hematomul infiltrant sunt posibile prin cedarea unor fire de sutură.
- Tromboza vasculară este mai frecventă în cazul venelor şi al vaselor mai mici.
- Supuraţiile locale pot îmbrăca diverse aspecte, de gravitate diferită.
- Emboliile cu punct de plecare în zona suturată pot fi o realitate.
- Gangrena distală prin embolizarea vasului de sub sutură poate

antrena amputaţia, într-un interval greu de apreciat.

XIV SECHELE POSTOPERATORII

SECHELELE POSTOPERATORII pot să apară, mai degrabă legate de afecţiunea care a obligat la intervenţie asupra vasului.

- Tromboza locală eate manifestarea cea mai frecventă şi este legată de comemorativele în care sutura vasculară a survenit.

XV REZULTATE, PROGNOSTIC

- Sutura vasculară este un gest chirurgical de rutină atât pentru serviciile specializate cât şi pentru cele generale.
- Nu se mai poate concepe un chirurg fără cunoştinţe de tehnici vasculare elementare.
- Rezultatele şi prognosticul acestora sunt legate de circumstanţele în care sutura vasculară a survenit.

4

TIROIDECTOMIA SUBTOTALĂ

I DEFINIŢIE

TIROIDECTOMIA SUBTOTALĂ este intervenţia chirurgicală prin care se extirpă cea mai mare parte a parenchimului tiroidian, cu păstrarea unei lame de ţesut la nivelul feţelor postero-interne ale lobilor, cu scopul :

- asigurării funcţiei tiroidiene,
- conservării paratiroidelor şi
- protejării nervilor recurenţi

II ANATOMIE CHIRURGICALĂ

A. GLANDA TIROIDĂ,

- glandă cu secreţie internă,
- mică, de cca 10 gr, cu posibilităţi de a-şi mări considerabil volumul,
- brun-roşietică,
- fermă, cu suprafaţa mamelonată,
- putându-şi modifica aspectul, omogenitatea şi consistenţa,
- corespunde :
  - = ultimelor 3 vertebre cervicale şi
  - = primei dorsale,
- cuprinzând, ca o potcoavă, conductul laringo-traheal.
- are forma unui fluture sau a unui " H " şi prezintă :

1. ISTMUL TIROIDIAN,

- o lamă de ţesut aplatisată antero-posterior,

◆ de 30 mm înălţime şi 15 - 20 lărgime, de la marginea superioară a căreia porneşte
= PIRAMIDA LUI LALOUETTE, pe distanţă de 2 -3 cm, până la nivelul osului hioid, de care este legată printr-un tractus fibros.

2. LOBII TIROIDIENI,
= asimetrici (unul urcă mai sus),
= de cca 30 - 60 mm înălţime şi 20 grosime,
= au forma unor piramide triunghiulare cu :
= o faţă externă sau laterală, acoperită de muşchii anteriori ai gâtului,
= o faţă posterioară care maschează elementele vasculare ale şanţurilor laterale ale gâtului şi
= o faţă internă, în raport cu laringele şi cu inelele traheale ;
= un segment polar superior şi
= un segment corporeal mai voluminos.

B. SPAŢIUL CERVICAL este delimitat

1. Anterior, de
a. aponevroza cervicală superficială, în dedublarea căreia se află :
= muşchiul sterno-cleido-mastoidian, şi de
b. aponevroza cervicală mijlocie, în dedublarea căreia se situează :
= musculatura subhioidiană, dispusă în două planuri :
– unul superficial, format din :
* sterno-hioidian şi
* omohioidian ;
– unul profund, alcătuit din :
* sterno-tiroidian şi
* tiro-hioidian.

2. Posterior, spaţiul cervical este reprezentat de :
a. coloana vertebrală şi de
b. musculatura paravertebrală, acoperite de
c. aponevroza cervicală profundă.

Între aponevroza cervicală mijlocie şi cea profundă se află

C. LOJA TIROIDIANĂ, ocupată de complexul visceral format din

1. Conductul aero-digestiv şi
2. Glanda tiroidă, ambele învelite în TEACA VISCERALĂ A LUI CHARPY,
= bine reprezentată anterior dar

= pierzându-se, posterior, într-o condensare celuloasă pe care se află situate paratiroidele şi recurenţii.

3. Traheea este ancorată de

= esofag prin tractusuri care formează un adevărat muşchi traheo-esofagian, şi de

= tiroidă prin LIGAMENTUL CORPULUI TIROID (GRUBER şi SAPEY), care leagă :

– istmul de inelele traheale şi de tuberculul cricoidian,

– polii lobari de :

* cartilajele cricoid,
* tiroid, şi
* muşchiul constrictor inferior al faringelui, prin tractusuri fibroase şi avasculare, iar

– segmentele corporeale de trahee, prin aderenţe strânse şi vasculare.

D. CAPSULA TIROIDIANĂ, fibroasă, subţire şi rezistentă, înveleşte glanda şi o separă de organele vecine ; vasele tiroidiene acoperă această capsulă, apoi o străbat, pătrunzând în glandă, astfel încât capsula tiroidiană devine o lamă port-vase, ceea ce justifică **LOBECTOMIA EXTRA-CAPSULARĂ**, chirurgul neavând decât să lege vasele ajunse la această capsulă, în timp ce paratidoidele şi recurenţii rămân în afara tecii viscerale.

E. În afara glandei propriuzise, chirurgul trebuie să fie avizat şi asupra :

1. **Lobulilor adiacenţi, de mărime variabilă,**
2. **Prelungirilor glandulare, care :**
   - **se dezvoltă înapoia faringelui,**
   - **sunt simetrice (descoperite pe o parte, trebuie căutate şi de partea cealaltă),**
   - **urmează modificările patologice ale glandei, şi**
   - **sunt responsabile de tulburările de compresiune. De asemeni asupra**
3. **Tiroidelor accesorii, lobuli eratici care se pot dezvolta pe traseul dintre istmul tiroidian şi baza limbii.**

F. VASCULARIZAŢIA tiroidiană este :

- extrem de bogată (80 ml/min., de 3 - 4 ori mai mult decât la nivelul creierului) ;
- vasele au caracter polar şi
- sunt foarte sinuoase.

ARTERELE sunt reprezentate de :

1. **Tiroidiana superioară**, din carotidă, dând ramuri :
   = intern,
   = extern şi
   = posterior.
2. **Tiroidiana inferioară**, din subclaviculară, prin trunchiul tiro-bicervico-scapular, are :
   = o porţiune verticală, între carotida primitivă şi artera vertebrală, urcând pe marginea internă şi anterioară a scalenului anterior şi
   = o porţiune orizontală, situată la 1 cm sub tuberculul CHASSAIGNAC, îndărătul carotidei primitive, fiind în raport cu simpaticul cervical şi chiar cu ganglionul mijlociu ; aproape de lobul tiroidian vine în raport cu recurentul.
3. **Tiroidiana ima** sau **mijlocie a lui NEUBAUER**, cea mai fantezistă arteră din corpul omenesc, poate naşte din crosa aortei, trunchiul brahio-cefalic, carotida primitivă, subclavie sau mamara internă, având un traiect foarte variabil.

VENELE

1. **Tiroidienele superioare** se varsă în jugulara internă, prin trunchiul tiro-linguo-facial.
2. **Tiroidienele medii** merg direct în jugulară, iar
3. **Tiroidienele inferioare** ajung în subclavie prin trunchiul tiro-bicervico-scapular.

LIMFATICELE realizează :

1. O reţea profundă şi
2. O reţea superficială, de unde limfa ajunge la colectori :
   a. ganglionii anteriori şi laterali ai lanţului jugular intern şi
   b. lanţul recurenţial, ambele grupuri făcând parte din
      = primul releu, al ganglionilor mediastinali superiori şi anteriori ;
      = al doilea releu este reprezentat de ganglionii cervicali transverşi care, împreună cu ganglionii spinali şi jugulari, formează TRIUNGHIUL LIMFATIC AL GÂTULUI (ROUVIÈRE), care explică metastazele cancerului tiroidian.

G. RAPOARTELE DELICATE AL GLANDEI sunt reprezentate de:

1. Pachetul vasculo-nervos al gâtului,
2. Paratiroide,
3. Nervul recurent, ram din vag, care poate fi lezat prin descoperire intenţională sau accidental, în cursul ligaturii pediculului inferior ;

= topografic, el se află în şanţul traheo-esofagian :
- pe dreapta ajunge mai anterior, chiar pe peretele lateral al traheei, înaintea, îndărătul sau printre ramurile tiroidienei inferioare ;
- de partea stângă el se află mai posterior şi întotdeauna îndărătul ramurilor arteriale.

4. Nervul laringeu extern, ram extern al nervului laringeu superior, din vag, poate fi lezat odată cu ligatura pediculului superior şi determină paralizia muşchiului crico-tiroidian.

III OBIECTIVE şi PRINCIPII

OBIECTIVELE intervenţiei sunt reprezentate de :

- Îndepărtarea unui volum de ţesut tiroidian modificat patologic, în raport cu gradul de hipertrofie sau de disfuncţie tiroidiană şi
- Păstrarea unei părţi de parenchim tiroidian, de obicei reprezentată de o lamă de ţesut, în partea internă şi posterioară a lobilor tiroidieni, în scopul :
  - * asigurării unei funcţii tiroidiene acceptabile,
  - * menajării recurenţilor şi
  - * conservării paratiroidelor.

PRINCIPIILE :

- În raport cu diagnosticul şi cu indicaţia terapeutică, interesează mai puţin masa de parenchim care se îndepărtează şi mai mult parenchimul restant, estimat la 5 - 10 gr de ţesut de fiecare lob.
- Accesul larg asupra glandei asigură o intervenţie corectă şi micşorează riscul complicaţiilor posibile.
- Explorarea intraoperatorie este obligatorie pentru toate segmentele glandulare, chiar dacă, aparent, hipertrofia are un caracter limitat.
- Intervenţia chirurgicală trebuie să fie cât mai puţin şocantă, evitând malaxarea glandei.
- Tiroidectomia este o intervenţie cu pronunţat caracter vascular şi trebuie respectate regulile corespunzătoare unei astfel de chirurgii.
- Intervenţia chirurgicală trebuie să urmeze unui tratament medical complex, cu caracter de pregătire operatorie.

IV INDICAŢII şi CONTRAINDICAŢII

INDICAŢIILE sunt reprezentate de :

1. Guşi :

a. formele oligo-simptomatice :
- guşile difuze şi vechi care nu cedează la 4-6 luni de tratament corect,
- guşile voluminoase,
- guşile care cresc rapid,
- guşile cu noduli reci,
- cazurile cu compresiuni,
- guşile ectopice.

b. formele cu tulburări endocrine :
- guşa nodulară hipertiroidizată,
- guşa cu hipotiroidie dar cu fenomene de compresiune.

c. formele neuropate.

2. Hipertiroidiile :

a. indicaţii absolute :
- adenomul toxic tiroidian,
- hipertiroidiile cu compresiune,
- hipertiroidiile cu visceralizare,
- hipertiroidiile majore fără răspuns la tratamentul medical.

b. indicaţii relative :
- hipertiroidia primară difuză şi
- boala BAZEDOW ; în aceste situaţii, percloratul de K şi ATS reprezintă o modalitate terapeutică majoră şi se va recurge la chirurgie numai în caz de eşec al tratamentului medical.

3.Tiroiditele :

a. tiroidita cronică limfomatoasă (HASHIMOTO), când există compresiune, guşă mare şi lipsă de răspuns la terapia medicamentoasă ;

b. tiroidita cronică fibroasă (RIEDEL), pentru fenomenele compresive.

4. Cancerul tiroidian nu ar trebui să figureze printre indicaţiile tiroidectomiei subtotale dar unele situaţii pot nuanţa intervenţia cu caracter limitat. Astfel :

a. se poate vorbi de un tratament profilactic al cancerului tiroidian, prin rezolvarea guşilor nodulare ;

b. în cancerul de stadiu I, se poate realiza o lobectomie totală pentru lobul sediu şi subtotală pentru lobul controlateral ;

c. în cancerele inoperabile, cu fenomene de compresiune, se poate recurge la o tiroidectomie subtotală pentru degajarea conductului aero-digestiv.

CONTRAINDICAŢIILE :

1. Hipertiroidii :
   a. formele centrale,
   b. formele fără hipertrofie tiroidiană,
   c. hipertiroidiile asociate cu boli grave (TBC evolutiv, neoplasme, insuficienţă renală etc.),
   d. hipertiroidiile copilului şi ale adolescentului,
   e. formele pluri-endocrine,
   f. la bolnavii psihici.
2. Cancerul tiroidian, stadiul IIb, III şi IV, care beneficiază de tiroidectomia totală sau de " disecţia gâtului ".

V PREGĂTIRE PREOPERATORIE

PREGĂTIREA GENERALĂ :

În guşile simple nu este necesară o pregătire specială.

În schimb, în hipertiroidii, ea este absolut indicată şi de importanţă deosebită, o bună şi corectă PREGĂTIRE PREOPERATORIE asigurând un mers post-operator cât mai simplu ; ea poate dura, după caz, de la una la zece săptămâni, este mai indicat să se realizeze în serviciul de endocrinologie decât în secţia de chirurgie, şi se adresează :

1. Sedării hiperexcitabilităţii cortico-diencefalice :
   a. repaos psihic : evitarea stărilor conflictuale, sedative de tip barbituric, diazepam, bromuri, extraveral etc.
   b. repaus fizic : somn de 10 -14 ore pe zi ;
   c. evitarea excitantelor : alcool, cafea etc.
2. Frenării hipofizare prin hormoni tiroidieni, iod etc.
3. Componentei tiroidiene :
   a. IODUL (PLUMMER - 1923) sub formă de soluţie de LUGOL în doze crescânde de 5 x 3 până la 25 x 3 picături pe zi ;
   b. ATS, antitiroidienele de sinteză, sunt valoroase dar măresc friabilitatea glandei, prin accentuarea vascularizaţiei, de unde necesitatea întreruperii lor cu 2 - 3 săptămâni înainte de operaţie ;
   c. percloratul de K inhibă transportul iodului în foliculii tiroidieni dar poate produce iritaţii gastrice şi chiar anemie aplastică ; se administrează numai în cazurile de intoleranţă la ATS ;
4. Componentei periferice, prin blocarea efectelor excesului de hormoni tiroidieni asupra ţesuturilor, cu reducerea tahicardiei :
   a. guanetidină, inderal, rezerpină ;
   b. cardiotonice, cu prudenţă, având în vedere că răspunsul la cardiotonice este minim, atât timp cât există un exces de hormoni

tiroidieni.

MOMENTUL OPERATOR se alege în raport cu starea bolnavului şi are drept parametri :

- pulsul în jur de 80 - 90 / min.,
- curba ponderală în creştere,
- sedare evidentă,
- temperatura normală şi
- constante biologice în limite satisfăcătoare.

RISCUL OPERATOR trebuie evaluat corect, el fiind net influenţat de :

- decompensarea cardiacă,
- tahicardiile nereductibile la tratament,
- caşexie,
- guşile voluminoase sau retrosternale,
- existenţa compresiunilor sau a paraliziilor,
- bolile asociate, vârstă etc.

VI ANESTEZIE

Chirurgul dispune de **ANESTEZIA GENERALĂ** şi de cea **LOCO-REGIONALĂ** sau numai **LOCALĂ**, fiecare având avantaje şi dezavantaje ; alegerea modalităţii anestezice trebuie făcută în funcţie de datele bolnavului, de forma clinică, stadiul bolii şi chiar de preferinţele bolnavului, în raport cu aprecierea corectă a duratei intervenţiei şi a eventualelor dificultăţi intraoperatorii, cu obişnuinţa chirurgului şi, bineînţeles, în contextul unei colaborări perfecte cu medicul anestesist reanimator.

☞ **Se spune că operatorul care a " gustat " din avantajele anesteziei generale, nu mai revine la anestezia locală aşa cum " purtătorul de opinci nu mai revine la acestea după ce a încălţat pantofi "(!).**

☞ **Din proprie experienţă, anestezia locală sau locoregională pot permite o tirodiectomie subtotală în cele mai bune condiţii dar unele momente ale operaţiei, mai ales cele legate de atingerile traheale, sunt - pentru bolnav bine înţeles - de un penibil indescriptibil, care poate anula celelalte avantaje incontestabile ale acestui tip de anestezie.**

ANESTEZIA GENERALĂ

- Avantaje :
  - = elimină total starea de tensiune psihică a bolnavului,
  - = asigură o analgezie perfectă,

= permite oxigenare ideală,
= controlează perfect funcţiile vitale şi asigură stabilitatea cardio-vasculară,
= lasă planurile anatomice nemodificate şi
= dă posibilitatea chirurgului să se concentreze numai asupra problemelor tactico-tehnice ;

- Dezavantaje :
  = cele comune oricărei anestezii generale ; în plus,
  = nu permite controlul integrităţii recurenţiale (bolnav necooperant) şi
  = poate induce colabarea traheei, în caz de traheo-malacie, după îndepărtarea suportului reprezentat de ţesutul tiroidian.

ANESTEZIA LOCO-REGIONALĂ are în vedere

- realizarea unei anestezii în teritoriul plexului cervical C_2 - C_4, prin infiltrarea rădăcinilor respective, pe cale laterală ;
- blocarea anestezică a ramurilor superficiale ale plexului cervical
- anestezia ramului cervical al facialului şi
- infiltrarea intradermică şi subcutanată a liniei de incizie.

ANESTEZIA LOCALĂ

- utilizează soluţii anestezice (procaină sau xilină) mai concentrate (1%) ori mai diluate (0,25 - 0,50 %), în ultima eventualitate, infiltrarea unei cantităţi mai mari de lichid (4 - 500 ml), realizând o adevărată disecţie hidrică a planurilor ;
- după infiltrarea subcutanată a întregii regiuni tiroidiene (de la planul hioidian până la cel clavi-sternal) şi pe măsură ce progresăm în profunzime, se realizează anestezia plan cu plan ;
- la momentul cuvenit se face infiltrarea pediculilor vasculari şi chiar a ţesutului glandular.

VII INSTRUMENTAR

COMUN - tava mare de instrumente : pense fine, pense fără dinţi, depărtătoare mici autostatice, depărtătoare FARABEUF, pense " în dinţi de şoarece ", disectoare boante ;

SPECIAL - termocauter, aspirator, trusa de traheostomie etc.

VIII DISPOZITIV OPERATOR

BOLNAVUL :

= în decubit dorsal, cu extremitatea cefalică în hiperextensie,

regiunea cervicală anterioară fiind bine expusă, graţie unui suport comod plasat între umeri şi cap ;

= membrele superioare în abducţie, sprijinite pe suporturi ;

= membrele inferioare uşor flectate ;

= masa de operaţie ceva mai ridicată spre extremitatea cefalică, trebuie să fie bine " adaptată " bolnavului, pentru a-i asigura comoditatea necesară ;

= poziţia " şezândă " a bolnavului este obositoare şi pentru bolnav şi pentru operatori.

ECHIPA OPERATORIE :

1. Operatorul - la dreapta bolnavului ;
2. Ajutoarele - în faţa operatorului.

IX TEHNICĂ

Tiroidectomie subtotală pentru guşe multinodulară.

A. INCIZIA - arcuată, cu concavitate cranială, cu extremităţile atingând marginile posterioare ale sterno-cleido-mastoidienilor, cu punctul decliv la cca 1,5 cm deasupra furculiţei sternale, interesează : pielea, ţesutul celular subcutanat şi muşchiul pielos al gâtului ; eliberarea lamboului cutaneo-muscular se face

= cranial, până la marginea superioară a cartilagiului tiroid, evidenţiind musculatura sub-hioidiană şi marginile anterioare ale sterno-cleido-mastoidienilor ; disecţia se realizează cu foarfecele, cu tamponul montat sau cu bisturiul ; hemostază cu cauterul şi cu ligaturi pentru vasele mai mari (jugulare anterioare) ; fixare cu fire tractoare de cadrul mesei de operaţie ;

= caudal, până aproape de furculiţa sternală.

B. SECŢIUNEA RAFEULUI MEDIAN, linia albă a musculaturii subhioidiene, pe toată înălţimea câmpului operator şi îndepărtarea laterală a musculaturii subhioidiene bine individualizate, ne conduc în loja tiroidiană, unde recunoaştem capsula tiroidiană după aspect, culoare şi vascularizaţie ; acordăm o atenţie particulară sterno-tiroidienilor care sunt mai greu de separat de glandă şi pot fi confundaţi cu capsula tiroidiană ; cu ajutorul degetului sau a disectorului bont, prin manevre blânde, se eliberează istmul tiroidian, faţa externă a lobului drept, se apreciază corect posibilităţile realizării lobectomiei, calitatea parenchimului, modificările patologice, eventualele particularităţi (guşă retro-sternală, guşă plonjantă,

lobuli adiacenţi etc..).

C. Se începe, cu **LOBECTOMIA SUBTOTALĂ DREAPTĂ.** Plasarea unor fire tractoare, trecute prin capsula şi parenchimul lobar, ne ajută la medializarea acestuia ; indexul stâng insinuat între capsula propriu-zisă a glandei şi fascia profundă (capsula falsă sau chirurgicală), în spaţiul de clivaj juxtaglandular, poate realiza - în situaţii favorabile - o adevărată luxare a lobului tiroidian în câmpul operator : manevra este facilitată de anestezia generală dar nu este întotdeauna posibilă şi nu trebuie insistat ; superficializarea lobului tiroidian se va face pe măsura rezolvării pediculilor vasculari :

- pentru uşurinţă, se va începe cu pedicului vascular mijlociu, acţiunea pe firele tractoare punând vasele în oarecare tensiune :
- se trece la pedicului superior, care trebuie preparat din aproape în aproape, prin disecţia polului lobar superior în uşoară tracţiune caudală ; cu ajutorul disectorului sau a tamponului montat, prin manevre de alunecare de jos în sus, pentru a îndepărta ramul extern al laringeului superior, se individualizează pedicului vascular, pe sub care se trece disectorul ; ligatura pediculară se poate aplica pe artera neramificată, pe ramurile acesteia sau chiar pe extremitatea polului tiroidian ;
- ligatura pedicului vascular inferior presupune izolarea vaselor, mai ales venoase, cu dispoziţie plexală şi uneori voluminoase, în raport cu hipertrofia glandei, şi ligatura-secţionarea lor cât mai aproape de capsula tiroidiană.
- disecţia şi secţiunea ligamentelor tiro-linguo-traheale, a istmului tiroidian, ca şi a lobului piramidal încheie prepararea lobului tiroidian pentru rezecţia propriu-zisă ; în acest stadiu avem o privire de ansamblu asupra întregului lob şi putem aprecia limitele şi volumul ţesutului care trebuie îndepărtat.

D. **REZECŢIA LOBARĂ** propriu-zisă începe de pe faţa laterală a lobului, pe toată înălţimea acestuia, şi evoluează către marginea posterointernă ; pe măsura secţionării planului parenchimatos, vasele care sângerează vor fi pensate, rând pe rând ; în final, o coroană de pense marchează ţesutul restant, o adevărată suprafaţă " crudă " dar exsanguă ; ligaturile vaselor şi îndepărtarea penselor încheie lobectomia propriuzisă ; la nevoie, se pot realiza recupe, după caz ; recontrolul hemostazei şi plasarea unor comprese umezite cu ser fiziologic în loja restantă, pe suprafaţa de lobectomie, sunt bine venite până la realizarea :

E. **LOBECTOMIEI SUBTOTALE CONTROLATERALE** care

evoluează după aceleaşi principii şi tehnică.

F. DRENAJUL LOJII este regula, fie cu ajutorul unui tub din cauciuc, despicat pentru fiecare lojă tiroidiană fie cu două tuburi mai subţiri, din plastic, exteriorizate prin contraincizii.

G. REFACEREA ANATOMIEI LOCALE presupune sutura rafeului median al subhioidienilor şi aplicarea unor agrafe MICHEL pe linia de incizie cutanată ; pansamentul, uşor compresiv, cu mai multă vată şi fixat cu faşă lată, încheie intervenţia care a evoluat în cele mai bune condiţii.

X VARIANTE TEHNICE

A. INCIZIA poate fi :

- verticală, mediană, folosită de către unii autori pentru guşile de mici dimensiuni ;
- poate fi de asemeni, mai scurtă sau mai lungă, mai concavă sau mai puţin, în raport cu mărimea glandei, cu grosimea gâtului etc. Nu sunt lipsite de interes diversele semne sau repere trasate pe piele, mai ales în cazul unor deformări locale importante, şi care - în finalul intervenţiei - vor uşura sutura lamboului cutaneomuscular şi vor evita decalajele neplăcute.

B. MUSCULATURA SUB-HIOIDIANĂ poate fi secţionată transversal, de o parte sau bilateral ; această secţiune nu are nici un fel de inconveniente şi, acolo unde este absolut necesară, să nu ezităm să o realizăm : ea ne aduce lumină suficientă, ne crează un câmp comod şi devine utilă tocmai în momentele critice în care ne putem afla în timpul intervenţiei chirurgicale, vis-a-vis de necesităţile de hemostază ; la momentul refacerii musculaturii, aceasta se suturează în foarte bune condiţii şi fără neajunsuri, cu fire separate de catgut.

C. După descoperirea şi eliberarea lobului, după ligatura separată a celor doi pediculi inferior şi superior, se poate face **COMPRESIUNEA PEDICULULUI MIJLOCIU,** digital sau cu tamponul montat, se secţionează ţesutul glandular în " ic ", îndepărtând parenchimul dorit, după care, un surjet întrerupt de catgut reface hemostatic continuitatea bontului restant ; rezultatul final este reprezentat de două bonturi tiroidiene, strânse de surjetul aplicat, de o parte şi de alta a laringelui.

D. Se poate realiza **TIRODECTOMIA SUBTOTALĂ CU DESCOPERIREA PRIMARA A RECURENŢILOR,** care rămân sub supravegherea permanentă a chirurgului ; de remarcat că, de regulă, cei doi recurenţi nu intră în rapoartele imediate ale tiroidectomiei subtotale încât,

descoperirea deliberată a lor poate reprezenta un avantaj şi un dezavantaj, disecţia şi izolarea lor putând determina, prin ele însile, iritaţii sau leziuni nervoase adevărate.

E. GUŞA RETRO-STERNALĂ sau **INTRATORACICĂ** reclamă fie luxarea glandei în câmpul operator, fie sternotomie sau chiar toracotomie complimentară, mai ales dacă acestea sunt voluminoase.

IX INCIDENTE şi ACCIDENTE INTRAOPERATORII

Se pot menţiona :

- Embolia gazoasă se poate produce prin deschiderea unor vase venoase de calibru important ; vasul se obliterează digital, apoi prin ligatură, şi se iau măsurile de resuscitare necesare.
- Hemoragia venoasă, din trunchiurile mijlocii (jugulară anterioară, trunchiul tiro-linguo-facial etc.) necesită controlul corect al sângerării.
- Hemoragia arterială din pediculii vasculari :
  = îngrijorătoare pentru pediculul superior, din cauză că vasul fuge, se retractă, este greu de reperat şi reclamă descoperirea lui la origine ;
  = riscantă pentru pediculul inferior din cauza raporturilor cu recurentul.

☞ **În astfel de situaţii se impun măsuri ferme pentru stăvilirea hemoragiei ; este necesară o compresiune digitală eficace şi, între timp, trebuie realizată eliberarea câmpului operator de cheaguri şi comprese, vom repera corect şi direct vasele care sângeră şi vom aplica ligaturile la vedere ; eventual se poate completa echipa cu un chirurg mai experimentat ; pensările " à l'aveugle " sunt periculoase şi cu risc crescut.**

☞ **Atenţie deosebită : chiar dacă sângerarea pare oprită, să nu ne înşelăm, întrucât hemostaza este numai temporară şi aparentă, indusă eventual de hipotensiune ; ea se va relua catastrofal în perioada postoperatorie.**

- Lezarea nervilor recurenţi (prin elongare, strivire, ligatură sau secţionare) poate fi sezisată în momentul aplicării pensei, prin reacţia imediată a bolnavului, dacă ne aflăm sub anestezie locală ; altfel, vom face o simplă constatare, la sfârşitul intervenţiei şi, mai ales, după detubare ; leziunea ambilor recurenţi determină

insuficienţă respiratorie acută şi reclamă măsuri deosebit de rapide (reintubare - dificilă - sau traheostomie), altfel putem pierde bolnavul pe masa de operaţie.

XII ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

ÎNGRIJIRILE POSTOPERATORII au importanţă deosebită şi se înscriu în conţinutul pregătirii preoperatorii :

- Transportul atent, aşezarea bolnavului în poziţie de relaxare absolută, în decubit dorsal sau semişezând,
- Într-o cameră liniştită şi cu lumină discretă,
- Oxigenoterapia,
- Supravegherea cardio-vasculară,
- Reechilibrarea volemică,
- Combaterea durerii şi
- Supravegherea trezirii din narcoză fac parte din îngrijirile comune.
- Eventualele tratamente specifice de tip LUGOL, aspirină, tiroxină etc., pot continua.
- Reluarea precoce a deglutiţiei, alimentaţia sub formă de lichide şi, treptat, ca alimentaţie normală, mobilizarea, tapotajul etc. contribuie la bunul mers postoperator.
- Schimbarea pansamentului se face la 24 ore, când se scot şi agrafele MICHEL şi se controlează tuburile de dren, care se vor îndepărta după alte 24 de ore.

XII COMPLICAŢII POSTOPERATORII

COMPLICAŢIILE POSTOPERATORII pot fi :

Imediate :

a. **hemoragia**,apare cu o frecvenţă de 0,3 - 2%, de cele mai multe ori în primele 24 de ore şi poate fi :
   - brutală, în primele ore, prin deraparea unei ligaturi pediculare sau
   - sub forma hematomului compresiv, realizat într-un timp ceva mai îndelungat ; în ambele situaţii apar semnele hemoragiei severe (în loja tiroidiană se pot acumula 4 -500 ml de sânge), cu caracter general dar şi cu semne locale sugestive : mai întâi tulburările de deglutiţie, apoi cele respiratorii, pe fondul unei agitaţii deosebite.

☞ Primul ajutor trebuie acordat de extremă urgenţă (personal avizat şi calificat !), chiar în pat, şi constă în îndepărtarea

tubului de drenaj colmatat şi în deschiderea plăgii, cu evacuarea hematomului ; după aceste gesturi rapide se transportă bolnavul în sala de operaţie, în vederea hemostazei chirurgicale.

- hemoragia gradată se produce în timp, este de obicei de origine venoasă şi poate să nu reclame intervenţie de hemostază ci doar timp pentru rezorbţia unui hematom care poate ajunge să infiltreze ţesuturile până în regiunea abdomenului superior.

b. complicaţiile respiratorii pot lua o alură gravă şi reclamă, de asemeni, o asistenţă de urgenţă : traheostomie sau intubaţie ; aceste tulburări pot fi urmarea :

- unei compresiuni traheale prin hematom,
- unei paralizii recurenţiale bilaterale,
- edemului laringian (uşor, mediu sau sever) marcat de dispnee, disfonie, stridor, cornaj, agitaţie şi chiar stare de comă, situaţii care impun măsurile de rigoare ;
- laringospasmul apare în primele 24 - 48 de ore şi poate fi însoţit de hipocalcemie ;
- traheita şi traheo-malacia sunt mai rare .

Precoce :

a. bronho-pulmonare,

b cardio-vasculare,

c. endocrine :

- criza tireotoxică apare în primele 24-48 de ore şi se caracterizează prin exacerbarea fenomenelor de hipertiroidie (astăzi este cu mult mai rară, graţie unei bune pregătiri preoperatorii, putându-se întâlni sub forme miniaturale, larvate), şi este definită de 3 grupe de simptome :
  - neuro-psihice : agitaţie psihomotorie, delir, stare confuzională sau, mai rar, stare de apatie ;
  - cardio-vasculare : tahicardie de 150 - 200 /min, aritmie, hipertensiune arterială ;
  - hipertermie de peste 40^{0};
  - în plus, se pot consemna : insuficienţă cardiacă, bronho-pneumonie, edem pulmonar, diaree, vărsături, exoftalmie etc.
  - criza poate dura 2-5 zile, după care, în lipsa unui tratament adecvat, bolnavul poate muri.
  - profilaxia este cea mai importantă.

– curativ, este necesară intervenţia medicamentoasă : LUGOL, ATS, iodură de K, guanetidină, cortizon, aspirină, inderal, antibiotice, reechilibrare hidro-electrolitică etc., după caz.

= hipoparatiroidia postoperatorie apare ceva mai târziu şi necesită creşterea aportului de calciu, Vit. D_2, D_3, regim bogat în calciu şi sărac în fosfor.

d. complicaţiile locale :

= edemul lambourilor cutanate,

= supuraţia plăgii,

= cicatricile vicioase sau inestetice se prefigurează încă de acum şi reclamă tratamentul comun.

XIV SECHELE POSTOPERATORII

- Hipoparatiroidiile şi insuficienţa tiroidiană de diverse grade pot surveni, mai ales din cauza calitatăţii necorespunzătoare a parenchimului restant.
- Parezele sau paraliziile recurenţiale însoţite de tulburări severe de respiraţie sau de fonaţie pot impune traheostomiile de durată, cu compensare funcţională relativă, odată cu trecerea timpului.
- Recidivele sunt relativ rare, ca şi
- Malignizarea ţesutului tiroidian restant.

XV REZULTATE, PROGNOSTIC

- Mortalitatea postoperatorie este foarte apropiată de zero.
- Rezultatele imediate şi îndepărtate sunt calificate în funcţie de indicaţii, forme clinice şi de tehnica aplicată, în general, bine pusă la punct.

Integrarea socio-profesională este posibilă, în limitele obişnuite, rareori fiind necesar un tratament de consolidare sau de substituţie tiroidiană, cu dispensarizare şi urmărire corectă.

5

MASTECTOMIA CU EVIDARE GANGLIONARĂ

I DEFINIŢIE

MASTECTOMIA CU EVIDARE GANGLIONARĂ este intervenţia pentru cancerul mamar, în care, pe lângă extirparea glandei tumorale se adaugă evidarea axilară, celulo-limfoganglionară, cu păstrarea parţială sau totală a musculaturii pectorale şi face parte din capitolul chirurgiei conservatoare a sânului.

- În 1894 HALSTED a introdus în practică, intervenţia care-i poartă numele, considerată mult timp ca singura cu caracter de radicalitate, care a dominat decenii chirurgia cancerului mamar şi care constă în ridicarea piramidei mamare, a ambilor muşchi pectorali şi evidarea axilară. În realitate, radicalitatea relativă, fără atacarea unor relee ganglionare importante, unele neajunsuri ale intervenţiei şi, mai ales, evoluţia principiilor oncologice şi a tratamentului multifactorial, au impus o nuanţare a intervenţiei care, în fapt, se referă la atitudinea faţă de musculatura pectorală şi învelişurile ei. Astfel,
- PATEY, în 1948, realizează intervenţia respectivă dar din musculatura pectorală extirpă doar micul pectoral.
- În 1965 MADDEN conservă ambii muşchi pectorali.
- În 1980 CHIRICUŢĂ prezintă o tehnică asemănătoare dar cu păstrarea unor segmente ale ambilor muşchi pectorali (himerizare), iar

◆ TRESTIOREANU, în 1983, realizează intervenţia prin disocierea muşchilor pectorali.

II ANATOMIE CHIRURGICALĂ

A. REGIUNEA MAMARĂ este delimitată de planurile care trec prin :

1. Spaţiile 3 şi 5 intercostal,
2. Marginea externă a sternului şi
3. O linie tangentă la limita antero-internă a axilei ; în această arie se află

B. PIRAMIDA MAMARĂ, de forma unei hemisfere care conferă frumuseţe torsului feminin, proeminând de o parte şi de alta a liniei mediane, cu mari variaţii de formă şi consistenţă, capabilă de mari transformări morfologice în decursul vieţii, hipertrofiată de sarcină sau lactaţie şi atrofiată după menopauză.

1. Piramida mamară este acoperită de piele pe toată întinderea, cu excepţia unei zone centrale, **AREOLA MAMARĂ**, unde tegumentul, lipsit de pătura lui cornoasă, fiind subţire şi translucid, lasă glandele sebacee şi sudoripare (glandele lui MORGAGNI) să se vadă cu ochiul liber mai ales în timpul sarcinii, când acestea se măresc în mod fiziologic.
2. **MAMELONUL** sau **PAPILA MAMARĂ**, la nivelul căreia se deschid canalele galactofore, ocupă centrul areolei mamare, are diverse dimensiuni şi forme, cel mai frecvent cilindric, dar poate fi şi plat sau ombilicat ; are un pronunţat caracter erectil.
3. **GLANDA MAMARĂ** are forma aproximativă a unui disc, cu o prelungire axilară, este împărţită de septuri conjunctive puternice, aproape tendinoase, în LOBULI şi LOBI GLANDULARI şi este acoperită de o lamă de ţesut fibros, CAPSULA FIBROASĂ, cu care glanda face corp comun.
4. **ŢESUTUL GRĂSOS** care înveleşte glanda în totalitate, este repartizat în două straturi:
   = un strat pre-mamar şi
   = un altul retro-mamar.

C. VASCULARIZAŢIA :

ARTERELE sunt reprezentate de :

1. **Mamara internă** (din subclaviculară) care vascularizează partea internă a glandei, prin :
   = ramurile perforante, care traversează primele 6 spaţii

intercostale.

2. **Artera axilară** irigă partea externă şi inferioară a glandei, prin :
   a. mamara externă,
   b. scapulara inferioară,
   c. acromiotoracică şi
   d. toracica inferioară.

VENELE

1. Profunde, au aceleaşi denumiri cu arterele ;
2. Superficiale, evidente în timpul sarcinii şi lactaţiei, realizează un cerc subareolar, CERCUL VENOS AL LUI HALLER, care se varsă în vena jugulară externă.

LIMFATICELE MAMARE şi AXILARE:

1. Limfaticele mamare realizează :
   a. o reţea superficială, dermică şi subdermică şi
   b. o reţea profundă, inter- şi peri-lobulară, de unde circulaţia limfatică urmează :
      = căi eferente principale :
         – axilară şi
         – mamară internă, şi
      = căi eferente secundare :
         – supraclaviculară directă (MOINARD),
         – axilară controlaterală şi
         – inferioară, ajungând la nivelul releelor ganglionare.
2. Primele relee ganglionare sunt reprezentate de :
   a. limfaticele axilare, sistematizate în 5 grupe :
      = grupul venei axilare (în lungul venei),
      = grupul mamar extern (pe peretele toracic, în grosimea sau sub fascia digitaţiilor marelui dinţat), cu două subgrupe :
         – superior, înaintea mamarei externe, la nivelul coastei a 3-a şi a spaţiului 2 şi 3 intercostal, şi
         – inferior, între coastele 4 şi 5.
      = grupul scapular, de-a lungul vaselor scapulare inferioare,
      = grupul central şi
      = grupul subclavicular, care ocupă partea postero-superioară a axilei, în jurul segmentului terminal al venei axilare ;
   b. ganglionii mamari interni : lanţul se află situat în lungul vaselor mamare interne, la cca 1- 2 cm de marginea sternului, între spaţiul 1 şi 4 intercostal, îndărătul cartilagiilor costale, între triunghiularul sternului şi pleură ;
   3. Al doilea releu limfatic poate fi reprezentat de :

a. ganglionii supraclaviculari, grupaţi într-un lanţ triunghiular :
= jugular intern (de-a lungul venei),
= cervical transvers (în lungul arterei), şi
= spinal (în lungul nervului spinal).
b. canalul toracic (în stânga) şi
c. marea venă limfatică (în dreapta).

D. REGIUNEA AXILARĂ este situată între :
= peretele toracic şi
= partea superioară a humerusului ;
= având forma unei piramide patrulatere, i se descriu :

1. Peretele anterior, cel mai important din punct de vedere chirurgical, alcătuieşte " acoperişul " axilei şi este constituit din două planuri musculare şi aponevrotice :
a. planul superficial, exclusiv muscular, este reprezentat de :
= muşchiul mare pectoral, etalat în două fascicule :
– clavicular şi
– sterno-condral, inserat pe stern şi pe ultimele 5 - 6 cartilagii costale, de unde se îndreaptă către buza internă a culisei bicipitale, pe care se inseră printr-un tendon voluminos ;
b. planul profund, musculo-aponevrotic, este alcătuit din :
= aponevroza clavi-coraco-pectoro-axilară, care porneşte de la nivelul claviculei, fuzionează cu aponevroza muşchiului coraco-brahial şi coboară către tegumentele regiunii axilare, unde formează LIGAMENTUL SUSPENSOR AL AXILEI (GERDIE) ; în dedublarea acestei aponevroze se află muşchii :
= subclavicular şi
= micul pectoral, care porneşte de la nivelul coastelor 3, 4 şi 5, către apofiza coracoidă, unde se inseră printr-un tendon unic.

2. Peretele posterior este alcătuit din muşchii :
= subscapular,
= marele rotund şi
= marele dorsal (de sus în jos) ; pe acest perete se află vasele scapulare şi nervii celor trei muşchi.

3. Peretele intern este format din peretele toracic acoperit de digitaţiile marelui dinţat ; pe acest perete coboară vasele mamare externe şi nervul marelui dinţat.

4. Peretele extern, mai îngust decât precedentul, este format din :
= coraco-brahial şi
= scurta porţiune a bicepsului : de la apofiza coracoidă, acest

perete coboară în unghiul alcătuit de marele pectoral, pe de o parte, şi de marele rotund-marele dorsal, pe de alta, în urmă.

5. Vârful axilei este o fantă osteo-musculară delimitată de :
   = claviculă şi subclavicular (înainte şi în sus),
   = prima coastă şi prima digitaţie a marelui dinţat (înăuntru),
   = marginea superioară a omoplatului şi apofiza coracoidă (în afară).

Prin această fantă trece pachetul vasculo-nervos din regiunea claviculară către axilă.

6. Conţinutul axilei este reprezentat de :

a. pachetul vasculo-nervos axilar, care urmează un traiect oblic în jos şi în afară, urmând direcţia muşchiului său satelit, coraco-brahial, şi care este alcătuit din :
   = artera axilară, în centrul pachetului,
   = vena axilară, înainte şi înăuntru faţa de arteră, şi
   = ramurile terminale ale plexului brahial, dispuse în jurul arterei :
      – trunchiul antero-extern, în urma arterei şi
      – trunchiul antero-intern, printre arteră şi venă ; prin fuzionarea lor, cele două trunchiuri vor forma nervul median.

Pachetul vasculo-nervos axilar este intim aplicat pe faţa posterioară a peretelui anterior al axilei, respectiv chiar sub micul pectoral, de unde pericolul de a-l leza în timpul secţiunii musculare ; de la nivelul acestui pachet emană elementele vasculo-nervoase ale constituienţilor piramidei axilare :
   – pachetul marelui pectoral, spre peretele anterior,
   – vasele mamare externe şi nervul marelui dinţat, către peretele intern,
   – vasele scapulare şi
   – cei trei nervi ai scapularului, marelui dorsal şi marelui rotund.

b. ţesutul celulo-grăsos şi limfo-ganglionar ocupă restul axilei, ganglionii rezumând limfa care drenează membrul superior, umărul, peretele toracic şi sânul **(Vezi şi C - LIMFATICELE AXILARE).**

III OBIECTIVE şi PRINCIPII

OBIECTIVUL PRINCIPAL al intervenţiei este reprezentat de :

1. Suprimarea glandei mamare afectate, împreună cu învelişurile cutanate şi celulo-grăsoase.
2. Îndepărtarea fasciilor pectorale şi a ganglionilor interpectorali ROTTER.

3. Suprimarea ariei limfatice axilare.

4. Păstrarea parţială sau integrală a muşchilor pectorali pentru înlăturarea unora dintre neajunsurile operaţiei HALSTED : transformarea toracelui feminin într-unul masculin, aderenţa pielii direct de grilajul costal, favorizarea sindromului de piele scurtă etc., elemente care nu mai permit aplicarea procedurilor fizioterapice ulterioare.

PRINCIPIILE sunt comune cu ale tuturor intervenţiilor cu caracter oncologic, respectiv :

- Ridicarea " în bloc " a ţesuturilor mamare, cu evitarea clivărilor inutile şi a malaxărilor intempestive.
- Manevre de mobilizare limitate.
- Hemostază corectă.
- Drenaj eficient.
- Suturi fără tensiune.
- Prin faptul că planul pectoral nu este ridicat, accesul asupra axilei, în general, este ceva mai anevoios dar acurateţea evidării axilare nu trebuie să sufere, întrucât şi prognosticul şi supravieţuirea depind de îndepărtarea teritoriului limfatic axilar.
- Pentru aprecierea invaziei ganglionare, grupurile ganglionare vor fi marcate distinct, în aşa fel încât examenul histologic să ne poată realiza o topografie a invaziei ganglionare, de mare importanţă pentru terapia ulterioară şi de indice prognostic valoros.

8. Tratamentul complex, multifactorial, al cancerului mamar face posibile astfel de intervenţii, cu multiple avantaje pentru bolnave şi fără compromisuri pentru supravieţuire.

9. În raport cu experienţa acumulată în decursul anilor, Institutul Oncologic din Bucureşti, trecând în revistă bibliografia la zi, consideră că atitudinea faţă de cancerul mamar este diferită şi contureaza patru atitudini posibile, reprezentate de tot atâtea grupuri de practicieni :

= grupul minimaliştilor, care consideră că simpla tumorectomie (cel mult sectorectomie !) este suficientă, bolnavele fiind supuse tratamentului complex ;

= grupul moderaţilor, care optează pentru mastectomie fără evidare axilară dar cu tratament postoperator complex ;

= grupul radicaliştilor, care practică mastectomia dublată de evidare ganglionară axilară, cu sau fără extirparea muşchilor pectorali, şi

= grupul supraradicaliştilor care opiniază pentru extensie a

actului chirurgical la maximum posibil : evidare ganglionară mamară internă, supraclaviculară, dezarticulaţie a membrului superior, a peretelui toracic etc., atitudine condamnată de majoritatea practicienilor.

IV INDICAŢII şi CONTRAINDICAŢII

INDICAŢIILE intervenţiei se adresează :

1. Cancerului mamar confirmat, în stadii " operabile ", respectiv :
   = stadiul I şi II sau,
   = după clasificarea TNM : cancerele T_{1-2} ; N_{0-1} ; M_0.
   = stadiul III reconvertit în II prin radioterapie asociată sau tratament complex.
2. Cu indicaţii bine precizate, pot beneficia de amputaţia mamară lărgită şi unele stări precanceroase, considerate drept cancere mamare descoperite în stadii foarte precoce :
   a. boala PAGET,
   b. maladia fibro-chistică RECLUS, fără răspuns la tratamentul aplicat corect sau cu suspiciune de degenerare malignă.
   Într-o altă formulare a Institutului Oncologic Bucureşti, cancerele mamare sunt clasificate în mai multe categorii :
   = Categoria A : cancere chirurgicale de la început, cu trei protocoale terapeutice, A_0 (cancer in situ), A_1 şi A_2 (cancere de stadiu I - II, T_{1-2},N_0, N_{1a} sau N_{1b}) şi A3 (T_{3a-3b})
   = Categoria B : cancere (T_{3a-3b}, N_2) în care indicaţia primordială este radioterapică, ulterior chirurgicală şi de tratament complex, de asemeni cu trei protocoale progresive, şi
   = Categoria C : cancerele depăşite (T_{4b-4c}, M_1), al căror tratament începe cu chimioterapia şi cu tratamentul complex, putând deveni chirurgicale de necesitate.

CONTRAINDICAŢII :

1. Contraindicaţiile generale ale oricărei intervenţii de amploare.
2. Cancerele ulcerate, extinse.
3. Mastita carcinomatoasă.
4. Stadiile III şi IV, cu metastaze decelate.

De remarcat că din contraindicaţiile amputaţiei de tip HALSTED îşi trag indicaţiile intervenţiile cu caracter limitat, paleativ.

Inv. 320375
BIBLIOTECA U.M.F. IAŞI
Nota 11-4124

V PREGĂTIRE PREOPERATORIE

Pregătirea generală este cea comună pentru intervenţiile de amploare : reechilibrarea hidro-electrolitică şi, mai ales corectarea stărilor de anemie şi hipoproteinemie în care bolnavele se pot afla. A nu se uita că intervenţia este şocantă şi, uneori, sângerândă.

Pregătirea locală are în vedere toaleta amplă a regiunii axilare.

VI ANESTEZIE

Numai **ANESTEZIA GENERALĂ cu I.O.T.** poate intra în discuţie, singura care poate asigura liniştea pentru bolnavă şi confortul pentru chirurg.

În unele situaţii, în care mai este necesar examenul histologic extemporaneu, se poate recurge la o anestezie generală, intravenoasă sau inhalatorie, pentru recoltarea ţesuturilor pentru examenul histologic, urmând ca la sosirea rezultatului pozitiv, faţă de necesitatea continuării intervenţiei, să se perfecteze anestezia generală cu I.O.T.

VII INSTRUMENTAR

COMUN - tava mare de instrumente ;

SPECIAL - disectoare boante, depărtătoare FARABEUF sau de tip valvă, scurte şi late, bisturiu electric, aspirator etc.

VIII DISPOZITIV OPERATOR

BOLNAVA - în decubit dorsal comun, cu membrul superior de aceeaşi parte în poziţie de abducţie marcată, sprijinit de un suport sau susţinut de un ajutor.

ECHIPA OPERATORIE :

1. Operatorul - de aceeaşi parte cu leziunea ;
2. Ajutorul I - de cealaltă parte a bolnavei, în faţa operatorului ;
3. Ajutorul II - poate fi plasat deasupra braţului în abducţie al bolnavei, fără a jena anestezistul.

IX TEHNICĂ

Mastectomie cu evidare axilară tip PATEY

A. INCIZIA este marea incizie de tip elipsoidal sau " în rachetă " :

1. Segmentul intern porneşte de la nivelul marelui pectoral, inserţia bicipitală, se apropie la 3 - 4 mm de marginea inferioară a claviculei,

coboară paralel cu sternul, se încurbează în afară, ocolind piramida mamară, şi se termină sub pliul mamar, la nivelul inserţiilor superioare ale dreptului abdominal.

2. Segmentul extern se desprinde de cel intern după ce a depăşit vârful axilei, ocoleşte piramida mamară în afară, urmând direcţia marginii externe a marelui dorsal şi se îndreaptă către extremitatea segmentului intern, sub pliul mamar.

3. Incizia interesează pielea şi ţesutul celulo-grăsos, secţionat oblic.

4. Hemostază îngrijită cu termocauterul sau cu fire subţiri de aţă sau de catgut.

B. MASTECTOMIA PROPRIU-ZISĂ implică ridicarea întregii piramide mamare, cu toate învelişurile sale cutanate şi celulo-grăsoase pre- şi retro-mamare, lăsând planul fasciei prepectorale descoperit.

C. DESCHIDEREA AXILEI se face cu oarecare dificultate prin faptul că marele pectoral rămâne pe loc şi va trebui trebui îndepărtat înăuntru şi spre zenit :

1. Se secţionează aponevroza clavi-coraco-pectoro-axilară începând de la marginea coraco-brahialului şi continuând cu secţiunea tecii subclaviculare.

2. Se secţionează tendonul micului pectoral, după care, din aproape în aproape, se extirpă în totalitate, având atenţie să ridicăm odată cu acesta şi ganglionul interpectoral ROTTER şi foiţa posterioară a petoralului mare ; în acest moment axila este deschisă.

D. EVIDAREA AXILARĂ trebuie să se realizeze în cele mai bune condiţii, ca şi în cadrul tehnicii HALSTED. Ea presupune disecţia şi eliberarea venei axilare, considerată drept " cheia " acestui timp operator, la sfârşitul intervenţiei vena trebuind să rămână perfect denudată :

1. Se începe chiar din vârful axilei, de la nivelul unde vena axilară încrucişează prima coastă, de sub claviculă, secţionând, din aproape în aproape, micile vene aferente venei axilare.

2. Disecţia evoluează în jos şi în afară, fie cu disectorul bont, cu tamponul montat sau cu degetul înfăşurat în compresă.

3. Se secţionează şi ligaturează vasele mamare externe înspre peretele toracic.

4. Se ligaturează-secţionează marea vână subscapulară, manevră care facilitează ridicarea " în bloc " a conţinutului axilar.

5. Elementele nervoase care apar în cursul disecţiei axilare (1-2 perforante intercostale, nervii marelui dinţat şi al marelui rotund) trebuie izolate şi menajate, fiind sacrificate numai în măsura în care

sunt prinse în procesul tumoral.

6. Evidarea axilară se încheie cu disecţia peretelui intern şi posterior al axilei, cu sau fără secţionarea vaselor scapulare .

E. CONTROLUL EVIDĂRII GANGLIONARE, DRENAJL şi SUTURA PIELII încheie intervenţia operatorie.

F. PANSAMENTUL uşor compresiv, cu mai multă vată, după apropierea braţului de corp, se face în mod obişnuit.

X VARIANTE TEHNICE

Tehnica **MADDEN** face abstracţie de ambii muşchi pectorali, care rămân nesecţionaţi, îngreunând şi mai mult disecţia axilară, mai ales la nivelul vârfului ; în plus, se impută acestei tehnici, insuficienta radicalitate, prin lăsarea pe loc a pectoralilor, a fasciilor de înveliş şi a ganglionilor interpectorali ROTTER.

Metoda **CHIRICUŢĂ**, denumită şi " Mastectomie radicală cu himerizarea muşchilor pectorali " se plasează între tehnicile HALSTED şi MADDEN, cu avantajele ambelor :

1. Radicalitate :
   a. se pot ridica din axilă, cu uşurinţă, 25 - 28 ganglioni limfatici, ca şi în operaţia HALSTED, odată cu ţesutul celular axilar ;
   b. se îndepărtează ganglionii interpectorali,
   c. fasciile de înveliş ale ambilor pectorali sunt accesibile, pot fi disecate şi extirpate şi
   d. se îndepărtează numai porţiuni din ambii muşchi pectorali.
2. Facilitate : abordul axilar este la fel de facil ca în cazul intervenţiei HALSTED.
3. Evitarea mutilării : prin păstrarea unor segmente din ambii muşchi pectorali, se realizează un ecran muscular care evită amintitele neajunsuri ale operaţiei HALSTED.

A. INCIZIA - este aceeaşi ca în operaţia PATEY.

B. MASTECTOMIA PROPRIU-ZISĂ evoluează ca şi în tehnica descrisă.

C. DESCHIDEREA AXILEI :

1. Marele pectoral se secţionează la 1 cm de inserţia lui humerală şi de pe jumătatea externă a claviculei, după care se răstoarnă înăuntru, ceea ce permite extirparea, din aproape în aproape, a fasciei posterioare, împreună cu ganglionii interpectorali şi cu pachetul vascular ; muşchiul se va hrăni din mamara internă.
2. Secţiunea micului pectoral începe de la nivelul inserţiilor sale

costale, pe deget, cu atenţie pentru a menaja pachetul vascular propriu, derivat din vasele axilare ; se răstoarnă muşchiul în afară, după care se secţionează aponevroza clavi-coraco-pectoro-axilară şi se curăţă de fasciile de pe ambele feţe ; în acest moment axila este perfect expusă şi se trece la

D. EVIDAREA AXILEI

(Vezi IX - D)

E. EXCIZIA PARŢIALĂ A AMBILOR MUŞCHI PECTORALI se face în raport cu situaţia locală, funcţie de ecranul care trebuie realizat, de viabilitatea muşchilor etc. ; sutura muşchilor se poate face margine la margine sau suprapus, în unele situaţii nefiind necesară decât aplicarea câtorva fire de ancorare.

F. DRENAJUL şi CEILALŢI TIMPI evoluează obişnuit.

Operaţia **TRESTIOREANU** întruneşte, în mare, aceleaşi elemente de tehnică şi radicalitate ; particularitatea rezultă din extirparea micului pectoral, care se realizează printr-o breşă creată prin disocierea fibrelor marelui pectoral, în lungul lor.

ALTE VARIANTE :

1. Intervenţiile supraradicale, de tipul mastectomiilor radicale lărgite, cu extirparea ganglionilor supraclaviculari şi mamari interni, păstrează un interes istoric, întrucât sunt delabrante şi şocante, nu sunt justificate de rezultatele postoperatorii, mai ales în condiţiile moderne ale tratamentului multifactorial.

2. Variante legate de acoperirea defectului cutanat trebuie avute în vedere, în raport cu situaţiile locale.

XI INCIDENTE şi ACCIDENTE INTRAOPERATORII

Sunt posibile în diverşii timpi ai intervenţiei operatorii şi pot consemna:

1. Lezarea venei axilare, în momentul secţiunii micului pectoral sau al evidării axilare ; sutura venei nu se poate realiza decât excepţional sau este nesigură, motiv pentru care este mai bine să o ligaturăm.
2. Lezarea arterei axilare impune sutura.
3. Deschiderea pleurei cere o sutură atentă şi etanşă.
4. Hemoragia intraoperatorie poate surveni, mai ales, la timpul de secţiune a planului pectoral de pe peretele toracic, vasele provenite din intercostale având tendinţă netă la retracţie.

XII ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

ÎNGRIJIRILE POSTOPERATORII se referă la :

- Combaterea durerii, tratamentul de reechilibrare hidro-electrolitică ş.a., care fac parte dintre măsurile curente ale îngrijirilor postoperatorii.
- Refacerea masei sanguine şi combaterea anemiilor postoperatorii pot fi necesare.
- Gimnastica respiratorie şi mobilizarea precoce a membrului superior favorizează o evoluţie şi cicatrizare corectă.
- Este absolut necesară mobilizarea precoce a membrelor inferioare şi, după caz, chiar un tratament preventiv al bolii trombo-embolice.
- Schimbarea pansamentelor are loc zilnic iar suprimarea tuburilor de dren se va face în raport cu cantitatea şi aspectul secreţiilor drenate ; nu vom neglija caracterul compresiv delicat al pansamentelor, pentru menţinerea lamboului cutanat aplicat pe planul pectoral şi evitarea epanşamentelor lichidiene subcutanate.

XIII COMPLICAŢII POSTOPERATORII

Se pot consemna :

- Hematomul subcutanat - evacuare.
- Epanşamentele sau scurgerile de limfă, din larga arie de disecţie pectoro-axilară pot reclama drenaje şi evacuări repetate.
- Supuraţia axilară sau a plăgii poate surveni.
- Necroza marginilor cutanate sau a unor sectoare tegumentare poate necesita scoaterea unor fire de sutură sau, după corecta lor delimitare, excizia şi sutura secundară.
- Tromboflebita membrelor inferioare trebuie surprinsă cât mai precoce şi impune tratamentul adecvat, dacă bolnava nu se află deja sub tratamentul anticoagulant.
- Complicaţiile pulmonare sau pleurale sunt rare dar posibile.

XIV SECHELE POSTOPERATORII

- Intervenţiile derivate din tehnica primordială HALSTED nu reprezintă altceva decât variante îmbunătăţite, tocmai în vederea minimalizării neajunsurilor cu caracter sechelar, pe care operaţia HALSTED le prezintă.
- Presupusele insuficienţe legate de radicalitate vor fi suplinite de

tratamentul plurifactorial complex al cancerului mamar.

XV REZULTATE, PROGNOSTIC

- Mortalitatea postoperatorie este redusă, de 0 - 2 %.
- Supravieţuirea depinde de stadiul în care s-a intervenit ; astăzi nu se mai poate vorbi de o supravieţuire strict specifică actului chirurgical întrucât, alături de acesta, intervin şi alte elemente terapeutice în cadrul tratamentului multifactorial complex.

Metastazele apar în primii 3 ani sau, mai ales, în primul sau al 5-lea an, putând fi unice sau multiple, omo- sau contro-laterale, la distanţă, osoase sau viscerale.

6

AMPUTAŢIA DE SÂN (OPERAŢIA HALSTED)

I DEFINIŢIE

AMPUTAŢIA DE SÂN (OPERAŢIA HALSTED) este intervenţia chirurgicală cu caracter de radicalitate pentru cancerul mamar, care implică extirparea piramidei mamare, a musculaturii pectorale şi a ariei limfatice principale.

II ANATOMIE CHIRURGICALĂ

(Vezi 5 - II)

III OBIECTIVE şi PRINCIPII

OBIECTIVE : fiind vorba de o intervenţie cu caracter oncologic, aceasta se adresează organului bolnav, unora din ţesuturile conexe şi ariei sale limfatice şi interesează :

1. Totalitatea glandei mamare (glanda propriu-zisă şi prelungirile),
2. Învelişurile sale celulo-grăsoase, şi
3. Cât mai mult din învelişul cutanat al mamelei ;
4. Muşchii pectorali în totalitate, cu fasciile lor şi cu ganglionii interpectorali ROTTER ;
5. Mare parte din învelişul fascial clavi-coraco-pectoro-axilar şi
6. Ţesutul celular şi limfo-ganglionar axilar în totalitate.

Pentru îndeplinirea acestor obiective este necesară respectarea unor **PRINCIPII** :

- Exereza va urmări, pe cât posibil, ridicarea " în bloc " a ţesuturilor

implicate.

- Se va evita clivajul planurilor.
- De preferinţă se va evolua dinspre axilă către piramida mamară (centripet), pentru a evita diseminarea limfatică şi vasculară.
- Evidarea axilară se consideră terminată atunci când elementele anatomice ale axilei rămân complet denudate de ţesutul celulo-grăsos şi limfo-ganglionar care umplu axila ; nici un efort nu este inutil în acest sens.
- Pentru aprecierea invaziei ganglionare, ţesutul celulo-limfo-ganglionar al axilei va fi marcat în aşa fel încât examenul histopatologic să poată preciza poziţia şi numărul şi ganglionilor invadaţi neoplazic ; prognosticul bolnavei poate fi stabilit şi în funcţie de acest parametru.
- Radicalitatea operaţiei HALSTED este relativă întrucât nu vizează şi celelalte teritorii limfatice care vor putea fi " atacate " prin alte mijloace terapeutice.
- Se pare că chirurgia modernă a cancerului mamar dă câştig de cauză unor modalităţi operatorii mai conservatoare, mai puţin mutilante pentru bolnave şi mai susceptibile de a favoriza tratamentele fizioterapice ulterioare ; corectivele respective se referă în special la atitudinea faţă de ecranul muscular pectoral care, în diverse variante şi modalităţi, poate fi menajat ; aceasta în condiţiile în care abaterea de la principiul radicalităţii poate fi suplinită de un tratament multifactorial complex.

IV INDICAŢII şi CONTRAINDICAŢII

INDICAŢIILE intervenţiei se adresează :

1. Cancerului mamar confirmat, în stadii " operabile ", respectiv :
   = stadiul I şi II sau,
   = după clasificarea TNM : cancerele T_{1-2} ; N_{0-1} ; M_0.
   = stadiul III reconvertit în II prin radioterapie asociată sau tratament complex.
2. Cu indicaţii bine precizate, pot beneficia de amputaţia mamară lărgită şi unele stări precanceroase, considerate drept cancere mamare descoperite în stadii foarte precoce :
   a. boala PAGET,
   b. maladia fibro-chistică RECLUS, fără răspuns la tratamentul aplicat corect sau cu suspiciune de degenerare malignă.

(Vezi şi 5 - IV)

CONTRAINDICAŢII

1. Contraindicaţiile generale ale oricărei intervenţii de amploare.
2. Cancerele ulcerate, extinse.
3. Mastita carcinomatoasă.
4. Stadiile III şi IV, cu metastaze decelate.

De remarcat că din contraindicaţiile amputaţiei de tip HALSTED îşi trag indicaţiile intervenţiile cu caracter limitat, paleativ.

V PREGĂTIRE PREOPERATORIE

Pregătirea generală este comună cu a intervenţiilor de amploare : reechilibrarea hidro-electrolitică şi, mai ales corectarea stărilor de anemie şi hipoproteinemie în care bolnavele se pot afla. A nu se uita că intervenţia este şocantă şi, uneori poate fi sângerândă.

Pregătirea locală are în vedere toaleta amplă a regiunii axilare.

VI ANESTEZIE

Numai **ANESTEZIA GENERALĂ cu I.O.T.** poate intra în discuţie, singura care poate asigura liniştea pentru bolnavă şi confortul pentru chirurg.

În unele situaţii, în care mai este necesar examenul histologic extemporaneu, se poate recurge la o anestezie generală de scurtă durată, intravenoasă sau inhalatorie, pentru recoltarea ţesuturilor, urmând ca la sosirea rezultatului pozitiv, faţă de necesitatea continuării intervenţiei, să se perfecteze anestezia generală cu I.O.T.

VII INSTRUMENTAR

COMUN - tava mare de instrumente ;

SPECIAL - disectoare boante, depărtătoare FARABEUF sau de tip valvă, scurte şi late, bisturiu electric, aspirator etc.

VIII DISPOZITIV OPERATOR

BOLNAVA - în decubit dorsal comun, cu membrul superior de aceeaşi parte în poziţie de abducţie marcată, sprijinit de un suport sau susţinut de un ajutor.

ECHIPA OPERATORIE :

1. Operatorul - de aceeaşi parte cu leziunea ;
2. Ajutorul I - de cealaltă parte a bolnavei, în faţa operatorului ;
3. Ajutorul II - poate fi plasat deasupra braţului în abducţie al bolnavei, fără a jena anestezistul.

IX TEHNICĂ

Amputaţia mamară lărgită (HALSTED) pentru tumoră a cadra-

nului supero-extern.

A. INCIZIA - clasică, " în rachetă " :

1. Segmentul intern porneşte de la nivelul marelui pectoral, inserţia bicipitală, se apropie la 3-4 mm de marginea inferioară a claviculei, coboară paralel cu sternul, se încurbează în afară ocolind piramida mamară şi se termină sub pliul mamar, la nivelul inserţiilor superioare ale dreptului abdominal.
2. Segmentul extern se desprinde de linia de incizie internă după ce a depăşit vârful axilei, ocoleşte piramida mamară în afară, urmând direcţia marginii externe a marelui dorsal şi se îndreaptă către extremitatea segmentului intern, sub pliul mamar.
3. Incizia interesează pielea, ţesutul celular şi grăsos subcutanat, secţionat oblic spre în afară.
4. Hemostază îngrijită cu termocauterul sau cu fire subţiri de catgut sau aţă.

B. DESCHIDEREA AXILEI implică ridicarea peretelui anterior al axilei, respectiv a micului pectoral, " cheia " pătrunderii în axilă, şi presupune :

1. Secţiunea marelui pectoral, ridicat pe deget, de la nivelul tendonului bicipital, după care muşchiul se prinde cu o pensă solidă şi se trage spre linia mediană.
2. Se clivează marele pectoral de deltoid, menajând vena cefalică.
3. Se secţionează fasciculul subclavicular al marelui pectoral la cca 1 cm sub claviculă, odată cu pachetul vasculo-nervos al muşchiului, de pe faţa posterioară a sa.
4. Urmează incizia aponevrozei clavi-coraco-pectoro-axilare, începând de la nivelul muşchiului coraco-brahial.
5. Se secţionează teaca subclavicularului şi
6. Tendonul muşchiului mic pectoral, cu atenţie la vena axilară care este aplicată direct pe faţa posterioară a lui ; în acest moment axila este deschisă.

C. EVIDAREA AXILARĂ presupune disecţia şi eliberarea venei axilare, considerată drept " cheia " acestui timp operator, la sfârşitul intervenţiei vena trebuind să rămână perfect denudată :

1. Se începe chiar din vârful axilei, de la nivelul unde vena axilară încrucişează prima coastă, de sub claviculă, secţionând, din aproape în aproape, micile vene aferente venei axilare.
2. Disecţia evoluează în jos şi în afară, cu disectorul bont sau cu tamponul montat.

3. Se secţionează şi ligaturează vasele mamare externe înspre peretele toracic.

4. Se ligaturează-secţionează marea venă subscapulară, manevră care facilitează ridicarea " în bloc " a conţinutului axilar.

5. Elementele nervoase care apar în cursul disecţiei axilare (1- 2 perforante intercostale, nervii marelui dinţat şi al marelui rotund) trebuie izolate şi menajate, fiind sacrificate numai în măsura în care sunt prinse în procesul tumoral.

6. Evidarea axilară se încheie cu disecţia peretelui intern şi posterior al axilei, cu sau fără secţionarea vaselor scapulare.

D. SECŢIUNEA PLANULUI PECTORAL de pe peretele toracic se realizează direct, prin tracţiunea internă asupra musculaturii respective şi detaşarea ei de pe planul condro-costal, cu atenţie pentru a nu deschide pleura, cu hemostază corectă, pas cu pas, realizând concomitent, ridicarea întregii piese operatorii.

E. HEMOSTAZA, LAVAJUL CÂMPULUI OPERATOR şi DRENAJUL urmează calea obişnuită iar

F. SUTURA PIELII şi PANSAMENTUL uşor compresiv, după apropierea membrului superior de torace, încheie intervenţia chirurgicală.

X VARIANTE TEHNICE

A. INCIZIA poate suferi modificări în raport cu topografia tumorii.

B. La **DESCHIDEREA AXILEI**, se poate asocia şi îndepărtarea muşchiului subclavicular sau, dimpotrivă, păstrarea segmentului subclavicular al marelui pectoral.

C. Vena axilară poate fi sacrificată în anumite situaţii, când ganglionii axilari sunt foarte aderenţi de planul venos ; secţiunea şi ligatura venei nu presupune creşterea riscului de edem al braţului.

F. SUTURA PIELII poate realiza multiple variante, care se situează între diferitele artificii de alunecare şi sutură a tegumentului şi între variantele în care o anumită suprafaţă nu poate fi acoperită, urmând ca imediat sau într-un timp ulterior să fie realizată o autogrefă din piele liberă despicată ; CHIRICUŢĂ propune acoperirea cu epiploon pediculat şi apoi cu piele.

G. ALTE VARIANTE :

Intervenţia supraradicală, de tip mastectomie radicală lărgită, implică extirparea ganglionilor mamari interni, supraclaviculari, mediastinali sau chiar a peretelui toracic ori a membrului superior şi păstrează mai

mult un interes istoric ; este vorba de intervenţii deosebit de delabrante, şocante, şi puţin justificate de rezultatele la distanţă, mai ales în condiţiile actuale ale tratamentului complex.

XI INCIDENTE şi ACCIDENTE INTRAOPERATORII

Sunt posibile în diverşii timpi ai intervenţiei operatorii şi pot consemna:

- Lezarea venei axilare, în momentul secţiunii micului pectoral ; sutura venei nu se poate realiza decât excepţional sau este nesigură, motiv pentru care este mai bine să o ligaturăm.
- Lezarea arterei axilare impune sutura.
- Deschiderea pleurei cere o sutură atentă şi etanşă.
- Hemoragia intraoperatorie poate surveni, mai ales, la timpul de secţiune a planului pectoral de pe peretele toracic, vasele provenite din intercostale având o tendinţă netă la retracţie.

XII ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

ÎNGRIJIRILE POSTOPERATORII se referă la :

- Combaterea durerii, reechilibrarea hidro-electrolitică ş.a. fac parte din îngrijirile postoperatorii comune.
- Refacerea masei sanguine şi tratamentul anemiei postoperatorii pot fi necesare, după caz.
- Gimnastica respiratorie şi mobilizarea precoce a membrului superior favorizează evoluţia postoperatorie şi o cicatrizare corectă.
- Este absolut necesară mobilizarea precoce a membrelor inferioare şi chiar un tratament preventiv, anticoagulant, al bolii trombo-embolice.
- Schimbarea pansamentelor are loc zilnic iar suprimarea tuburilor de dren se va face în raport cu cantitatea şi aspectul secreţiilor drenate ; nu vom neglija caracterul compresiv delicat al pansamentelor, pentru menţinerea lamboului cutanat aplicat pe grilajul costal şi evitarea epanşamentelor lichidiene subcutanate.

XII COMPLICAŢII POSTOPERATORII

Se pot consemna :

- Hematomul subcutanat - evacuare.
- Epanşamentele sau scurgerile de limfă, din larga arie de disecţie pectoro-axilară pot reclama drenaje şi evacuări repetate.

- Supuraţia axilară sau a plăgii poate surveni.
- Necroza marginilor cutanate sau a unor sectoare tegumentare poate necesita scoaterea unor fire de sutură sau, după corecta lor delimitare, excizia şi sutura secundară.
- Tromboflebita membrelor inferioare trebuie surprinsă cât mai precoce şi impune tratamentul adecvat, dacă bolnava nu se află deja sub tratamentul anticoagulant.
- Complicaţiile pulmonare sau pleurale sunt rare dar posibile.

XIV SECHELE POSTOPERATORII

SECHELELE POSTOPERATORII există şi pot consemna :

- Jena funcţională a membrului superior poate surveni după lezarea nervului marelui dinţat, care determină bascularea anterioară a omoplatului, " scapula allata ".
- Brida cutanată axilară sau cicatricea plasată într-o zonă delicată de flexiune, poate impune intervenţii cu caracter corector.
- Sindromul de piele scurtă poate determina jenă funcţională importantă.
- Nevroamele dureroase pot apare ca urmare a absenţei unui suport subcutanat, ceea ce face ca pielea să fie aderentă direct de grilajul condro-costal iar toracele feminin să fie transformat într-unul masculin (element de critică pentru operaţia HALSTED), rigid şi puţin apt pentru aplicarea unor proceduri postoperatorii.
- Edemul membrului superior, moale sau dur, episodic sau permanent, de origine obscură, poate fi urmarea unui baraj limfatic, a unor elemente de sepsis frust, a unei scleroze aspetice sau a unor recidive locale

XV REZULTATE, PROGNOSTIC

- Mortalitatea postoperatorie este redusă, de 0 - 2 %.
- Supravieţuirea depinde de stadiul în care s-a intervenit ; astăzi nu se mai poate vorbi de o supravieţuire strict specifică actului chirurgical întrucât, alături de acesta, intervin şi alte elemente terapeutice în cadrul tratamentului multifactorial complex.
- Metastazele apar în primii 3 ani sau, mai ales, în primul sau al 5-lea an, putând fi unice sau multiple, omo- sau contro-laterale, la distanţă, osoase sau viscerale.

7

MASTECTOMIA SIMPLĂ

I DEFINIŢIE

MASTECTOMIA SIMPLĂ este intervenţia chirurgicală care realizează extirparea piramidei mamare în totalitate.

II ANATOMIE CHIRURGICALĂ

(Vezi 5 - II)

III OBIECTIVE şi PRINCIPII

OBIECTIVUL principal al intervenţiei este reprezentat de îndepărtarea glandei mamare în totalitate, împreună cu învelişurile proprii afectate de procese patologice care pun în pericol viaţa bolnavei sau - din cauza unor leziuni ireversibile - împiedică punerea în aplicare a altor măsuri terapeutice ; intervenţia face parte din intervenţiile chirurgicale cu caracter limitat, de necesitate sau paleative, neadresându-se teritoriilor limfatice, care urmează a fi " atacate ", la nevoie, prin alte procedee terapeutice.

PRINCIPII :

- Odată cu glanda mamară patologică se îndepărtează atât învelişul tegumentar cât şi cel celulo-grăsos pre- şi retro-mamar, până la planul aponevrotic al pectoralului.
- Fiind o intervenţie mutilantă, ea trebuie să urmeze unui diagnostic

corect şi convingerii în ireversibilitatea leziunilor, ca singură resursă terapeutică posibilă.

IV INDICAŢII şi CONTRAINDICAŢII

INDICAŢIILE, limitate pentru tumorile maligne, pot apărea ca exagerate pentru afecţiunile benigne. Astfel :

1. Afecţiuni inflamatorii :

a. flegmonul cronic lignos, care cuprinde întreaga piramidă mamară ;

b. necroza acută a mamelei (citosteatonecroza mamară), de origine traumatică sau glandulară, în care se realizează o adevărată saponificare a grăsimilor perimamare, mai ales în cazul sânilor voluminoşi ;

c. tuberculoza mamară fără răspuns la tratamentul corect ;.

d. actinomicoza mamară difuză, rebelă la terapeutica specifică ;

2. Tumori benigne :

a. fibro-adenomul intracanalicular difuz (tumora filodă).

3. Stările precanceroase :

a. mastoza fibro-chistică (RECLUS), forma difuză care nu răspunde la tratamentul corect aplicat timp de 4-6 luni,

b. tumora vegetantă intracanaliculară (posibilă şi la bărbaţi), la subiecţii de peste 40 - 45 de ani,

c. boala PAGET.

4. Tumorile mixte, cu ţesuturi heterotipice şi potenţial malign remarcabil :

a. sarcomul mamar, tumoră rară, insensibilă la radioterapie, cu malignitate medie ; dă recidive numai rar, după cca 5 ani, când şi recidiva poate fi extirpată ;

b. epiteliomul şi carcinomul mamar :

= formele surprinse în stadiul " zero " : T_0 N_0 M_0, urmând ca bolnavele să facă şi un tratament fizioterapic de securitate ;

= formele cu contraindicaţii de ordin general pentru intervenţii de amploare ;

= formele depăşite (stadiul III - IV), când se realizează mastectomia de curăţire, de hemostază sau de completare după iradiere.

CONTRAINDICAŢIILE sunt reprezentate de cazurile care pot beneficia de soluţii mai limitate sau cu viză de radicalitate, eventual după tratament multifactorial complex.

V PREGĂTIRE PREOPERATORIE

Pregătirea generală nu are elemente particulare.

Pregătirea locală este comună, eventual după aplicarea unor tratamente antiinflamatorii sau antibiotice

VI ANESTEZIE

Singura anestezie care intră în discuţie este **ANESTEZIA GENERALĂ**, inhalatorie sau intravenoasă, cu sau fără I.O.T.

VII INSTRUMENTAR

COMUN - tava de instrumente pentru intervenţii mici sau mijlocii.

SPECIAL - nimic deosebit.

VIII DISPOZITIV OPERATOR

BOLNAVA - în decubit dorsal, cu membrul superior în abducţie în unghi drept, susţinut de suport sau de un ajutor.

ECHIPA OPERATORIE :

1. Operatorul - de aceeaşi parte cu leziunea.
2. Ajutoarele - de partea opusă.

IX TEHNICA

Mastectomie simplă pentru tumoră ulcerată.

A. INCIZIA este condiţionată de poziţia şi de mărimea tumorii ; în general are formă eliptică, cu marele ax îndreptat către axilă, oprindu-se la cca 3 cm de vârful acesteia şi păstrându-se la cca 5 cm de limitele tumorii sau ale ulceraţiei.

B. MASTECTOMIA PROPRIU-ZISĂ se realizează, ridicând " în bloc ", întreaga piramidă mamară cu învelişurile ei cutanate şi celulo-grăsoase, dezgolind planul aponevrotic al pectoralului.

C. HEMOSTAZA,

D. SUTURA PIELII, cu sau fără drenaj, şi

E. PANSAMENTUL, moderat compresiv, încheie intervenţia chirurgicală.

X VARIANTE TEHNICE

A. Inciziile atipice, în raport cu leziunile de rezolvat, pot reclama diferite artificii pentru acoperirea cutanată.

B. Se citează variante plastice pentru mastectomia subcutanată, cu plasarea inciziei în şanţul submamar, sacrificând uneori principiul oncologic în favoarea celui estetic.

C. În unele situaţii, defectul cutanat poate fi important, urmând a fi acoperit cu grefe sau cu epiploon şi grefe cutanate (CHIRICUŢĂ).

XI INCIDENTE şi ACCIDENTE INTRAOPERATORII

- Hemoragia intraoperatorie poate surveni în cazurile în care se operează pe ţesuturi infiltrate ; hemostaza chirurgicală trebuie să se facă în mod obişnuit.
- Nerecunoaşterea planurilor pectorale poate duce la pătrunderea în masa musculară pectorală ; sutura musculară şi hemostaza rezolvă incidentul.

XII ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

ÎNGRIJIRILE POSTOPERATORII sunt comune cu ale intervenţiilor de mică anvergură dar trebuie ţinut cont că, în general, bolnavele la care se impune mastectomia simplă, se află în condiţii de biologie precară, cu anemie, hipoproteinemie, stare precaşectică, cu ulceraţii şi sângerări locale abundente care reclamă o atenţie particulară şi îngrijiri deosebite, mai ales cu caracter de redresare biologică generală.

XIII COMPLICAŢII POSTOPERATORII

- Hemoragiile postoperatorii necontrolabile pot trăda extensia procesului tumoral dincolo de aria pectorală.
- Hematoamele şi epanşamentele seroase, ca şi
- Supuraţiile sau necrozele tegumentare demonstrează precaritatea tisulară locală.

XIV SECHELE POSTOPERATORII

- **SECHELELE POSTOPERATORII** sunt reduse ; totuşi se pot cita

cicatricile cheloide, retractile sau dureroase, în raport cu etiologia.

XV REZULTATE, PROGNOSTIC

- **REZULTATELE şi PROGNOSTICUL** depind de indicaţia mastectomiei simple : favorabile pentru afecţiunile benigne, sunt numai modeste în neoplaziile avansate şi nu infirmă, pentru acestea, caracterul de paleativitate.

8

SECTORECTOMIA MAMARĂ

I DEFINIŢIE

SECTORECTOMIA MAMARĂ este intervenţia chirurgicală prin care se realizează extriparea unei porţiuni (sector) din glanda mamară.

II ANATOMIE CHIRURGICALĂ

(Vezi 5 - II)

Trebuie adăugat că folosirea axelor perpendiculare, care realizează împărţirea piramidei mamare în 4 cadrane, are nu numai un interes topografic dar şi anatomic, justificat de vascularizaţia arterială, venoasă şi limfatică, de mare importanţă pentru evaluarea potenţialului extensiv al unor procese patologice localizate sau aparent localizate.

III OBIECTIVE şi PRINCIPII

OBIECTIVUL principal este reprezentat de îndepărtarea diverselor procese patologice cu caracter limitat, dezvoltate la nivelul glandei mamare, în scop diagnostic sau terapeutic.

PRINCIPII :

- Sectorectomia mamară presupune îndepărtarea procesului patologic înconjurat de o lamă de ţesut mamar mai mult sau mai puţin normal, în situaţiile în care nu există o diferenţiere netă între acestea (tumorectomie).
- Piesa de exereză trebuie recoltată fără a fi secţionată, morcelată sau strivită.

- Învelişul cutanat şi grăsos corespunzător poate fi ridicat în bloc, odată cu piesa sau, dimpotrivă, menajat.
- Piesa de exereză se supune, în mod obligatoriu, examinării macroscopice şi histologice.

IV INDICAŢII şi CONTRAINDICAŢII

INDICAŢII :

1. Leziuni posttraumatice :
   a. hematomul organizat,
   b. necroza grăsoasă traumatică.
2. Leziuni inflamatorii şi parazitare :
   a. abcesul lignos limitat,
   b. abcesul cronic restant (după incizie şi drenaj),
   c. galactocelul (proces inflamator cronic în care se deschide un canal galactofor care întreţine supuraţia),
   d. tuberculoza limitată,
   e. sifilisul mamar (mastita sclero-gomoasă) cu focar unic sau limitat,
   f. actinomicoza, sporotricoza şi chistul hidatic mamar.
3. Afecţiuni degenerative :
   a. boala RECLUS, forma limitată,
   b. chistul solitar al glandei (de fapt o mastoză chistică cu chist unic şi voluminos),
   c. mamela secretantă sau sângerândă, cu tumoră prezentă, palpabilă.
4. Tumorile benigne :
   a. adenomul, fibromul, şi adenofibromul,
   b. papilomul intracanalicular.

CONTRAINDICAŢIILE sunt reprezentate de afecţiunile cu caracter extensiv sau invaziv.

VI PREGĂTIRE PREOPERATORIE

- Nu are date particulare.

VI ANESTEZIE

Anestezia care intră în discuţie este numai **ANESTEZIA GENERALĂ**, nu atât pentru dificultăţile intraoperatorii cât pentru eventualitatea existenţei unui proces malign care poate fi diseminat în cadrul unei anestezii locale.

În acest sens, anestezia intravenoasă sau inhalatorie, de scurtă durată, este bine venită.

VII INSTRUMENTAR

COMUN - tava de instrumente pentru intervenţii mici sau mijlocii.

SPECIAL - nimic deosebit.

VIII DISPOZITIV OPERATOR

BOLNAVA - în decubit dorsal, cu membrul superior de aceeaşi parte în abducţie, sprijinit pe suport.

ECHIPA OPERATORIE :

1. Operatorul - de aceeaşi parte cu leziunea ;
2. Ajutorul - în faţa chirurgului operator.

IX TEHNICĂ

Sectorectomie mamară pentru tumoră benignă

A. INCIZIA - se realizează în axul tumorii şi radiar faţă de mamelon, suficientă pentru a permite extirparea corectă a sectorului mamar.

B. SECTORECTOMIA propriu-zisă este facilitată de prinderea tumorii între două degete, în aşa fel încât aceasta să fie fixată şi accesibilă instrumentului de secţiune ; se apreciază lipsa planului de clivaj după care, din aproape în aproape, cu ajutorul foarfecelui sau a bisturiului rece sau electric, tumora se îndepărtează, înconjurată de o coroană sau o lamă de ţesut mamar indemn.

C. HEMOSTAZA corectă se face prin pensarea şi ligatura directă a vaselor, cu ajutorul termocauterului sau prin capitonaj hemostatic cu fire de catgut care trec prin ţesutul glandular.

D. SUTURA ŢESUTULUI CELULAR ŞI A PIELII se face în mod obişnuit, cu sau fără drenaj.

E. PANSAMENTUL simplu sau uşor compresiv, încheie intervenţia operatorie.

X VARIANTE TEHNICE

- Formaţiunea tumorală se poate ridica împreună cu elipsa tegumentară corespunzătoare, mai ales în cazurile de fistule, cicatrici vechi, etc.
- Incizia mamară se poate plasa în şanţul submamar, la marginea areolei mamare sau poate fi concentrică, în scop estetic .
- Se pot realiza diferite artificii de acoperire a defectului cutanat, în

cazul unor sacrificii importante de ţesut mamar.

XI INCIDENTE şi ACCIDENTE INTRAOPERATORII

- Plasarea necorespunzătoare a inciziei faţă de tumoră şi neidentificarea acesteia presupune modificarea sau lărgirea căii de abord.
- Hemoragia intraoperatorie poate ridica probleme de hemostază.
- Deschiderea accidentală a unor colecţii cu caracter patologic : puroi, sânge, chist hidatic etc., reclamă atitudine diferenţiată.

XII ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

Sunt comune intervenţiilor cu caracter limitat

XIII COMPLICAŢII POSTOPERATORII

- Sângerarea,
- Hematoamele,
- Supuraţiile locale etc., pot surveni în raport cu etiologia care a comandat sectorectomia mamară.

XIV SECHELE POSTOPERATORII

- Se pot cita deformări importante ale piramidei mamare, mai ales în cazurile de tumori voluminoase.
- Cicatricile cheloide, retractile, reclamă intervenţii corectoare.

XV REZULTATE, PROGNOSTIC

- Atât rezultatele cât şi prognosticul sunt bune, în raport cu indicaţia chirurgicală şi tehnicitatea cu care actul operator a fost efectuat.

9

TORACOTOMIA EXPLORATORIE

I DEFINIŢIE

TORACOTOMIA EXPLORATORIE este intervenţia chirurgicală prin care se realizează accesul larg în cavitatea toracică sau mediastinală, în scop explorator sau terapeutic.

II ANATOMIE CHIRURGICALĂ

Pătrunderea în cavitatea toracică implică străbaterea mai multor planuri :

A. PLANUL EPISCHELETAL, reprezentat de :

1. Piele, fină, suplă, cu mare mobilitate pe planurile subjacente.
2. Ţesutul celular subcutanat, variabil ca grosime.
3. Aponevroza superficială, subţire şi
4. Planul muscular, bine reprezentat şi dispus diferit după regiuni :
   a. antero-superior :
      = marele pectoral, întins între stern, primele 7 coaste, claviculă şi buza externă a culisei bicipitale ; el acoperă
      = micul pectoral, inserat central pe coastele 3, 4 şi 5 şi distal pe apofiza coracoidă.
   b. antero-inferior :
      = marele pectoral, prin inserţiile inferioare ;
      = marele dinţat, întins între feţele externe ale primelor 9 -10 coaste şi marginea spinală a omoplatului, întretăindu-şi digitaţiile cu

= marele oblic abdominal, situat între ultimele 6 -7 coaste şi teaca dreptului abdominal ;

c. postero-superior :

= trapezul, situat între spinoasele cervicale, dorsale şi spina omoplatului ;

= romboidul (situat sub precedentul) întins de la spinoasele dorsale până la marginea vertebrală a omoplatului ;

= marele dorsal, larg evantai desfăşurat între spinoasele toraco-lombare, ultimele coaste, vârful omoplatului şi şanţul intertubercular al humerusului ;

= micul oblic, la nivelul ultimelor 3-4 coaste, continuându-se cu muşchii intercostali ;

e. lateral, musculatura face trecerea între planurile anterioare şi cele posterioare.

5. Omoplatul, situat între coastele 2 şi 8, are marginea vertebrală paralelă cu coloana şi o mobilitate suficientă pentru a permite deplasarea intraoperatorie necesară.

B. PLANUL SCHELETAL este format din :

1. Coaste, cu poziţie iniţial orizontală, pe măsură ce coborîm devin oblice în jos şi menajează între ele

= spaţiile intercostale,

– cu atât mai largi cu cât ne apropiem de stern,

– cu atât mai înguste cu cât coborîm,

– de formă triunghiulară pe secţiune, cu vârful îndreptat caudal, conţinând :

* ţesut celulo-grăsos şi

* pachetul vasculo-nervos intercostal : Venă, Arteră, Nerv (de sus în jos), situat în mijlocul spaţiului în partea posterioară, pentru a fi aplicat, în zona mijlocie a spaţiului, chiar pe şanţul subcostal.

2. Muşchii intercostali delimitează spaţiile intercostale :

a. intercostalul extern, cu direcţie în jos şi înainte, întinzându-se de la nivelul extremităţii vertebrale a spaţiului până la articulaţia condro-costală, de unde se continuă cu o foiţă aponevrotică ;

b. intercostalul intern are direcţie inversă faţă de primul, este orientat în jos şi îndărăt, ocupând spaţiul dintre extremitatea sternală şi arcul posterior al coastei, de unde se continuă, de asemeni, cu o foiţă aponevrotică.

C. PLANUL ENDOSCHELETAL este reprezentat de :

1. Un plan muscular subţire, muşchiul subcostal, întins de la o coastă la

naltă,

2. Ţesut celular subpleural şi

3. Pleura parietală, care se proiectează la perete astfel :

= în dreapta, fundul de sac pleural porneşte de la articulaţia sterno-condro-claviculară, coboară oblic către linia mediană, pe care o atinge în dreptul celei de a doua articulaţii condro-sternale, apoi merge paralel cu linia mediană până în dreptul spaţiului IV intercostal ; de aici se îndreaptă în afară, pentru a întâlni spaţiul VII intercostal pe linia mamelonară, coasta a X-a pe linia axilară posterioară (punctul cel mai decliv), după care urcă oblic până la marginea superioară a coastei a XII-a şi apoi, paralel cu şanţul costo-vertebral, ocoleşte apexul şi ajunge la punctul iniţial ;

= în stânga, linia fundului de sac pleural porneşte tot de la articulaţia sterno-condro-claviculară, urmează marginea stângă a sternului până la marginea spaţiului IV intercostal, de unde se flectează în afară, încrucişând spaţiul IV şi apoi coasta şi spaţiul al V-lea intercostal ; de la nivelul coastei VII, linia fundului de sac stâng urmează aceeaşi proiecţie ca pentru partea dreaptă.

D. VASCULARIZAŢIA :

ARTERELE sunt reprezentate de **arterele intercostale** :

1. Primele 2 - 3 din subclaviculară, prin trunchiul intercostalelor superioare,

2. Cele mai multe direct din aorta toracică.

Aceste intercostale se anastomozează anterior cu

3. Ramurile intercostale din artera mamară internă, dispoziţie care impune - în caz de leziune arterială - ligatura ambelor capete vasculare.

VENELE au traiect similar cu arterele.

LIMFATICELE:

1. Superficiale, se îndreaptă către ganglionii axilari, subclaviculari şi mamari interni.

2. Profunde, ajung la ganglionii mamari interni şi latero-vertebrali.

NERVII

1. Intercostali şi

2. Nervii musculaturii.

III OBIECTIVE şi PRINCIPII

OBIECTIVUL PRINCIPAL este reprezentat de abordul larg al cavităţii toracice, în scop :

1. Explorator sau
2. Terapeutic, pentru rezolvarea unor leziuni parietale sau viscerale.

PRINCIPIILE care guvernează o bună toracotomie au în vedere :

- ◆ O cale de abord suficient de largă, capabilă să confere acces direct şi facil asupra tuturor elementelor anatomice intratoracice.
- ◆ Toracotomia presupune străbaterea peretelui toracic printr-un spaţiu intercostal sau printr-un spaţiu optimizat de rezecţia mai multor coaste.
- ◆ Rezolvarea pachetului intercostal vizează atât elementele vasculare, care trebuie legate la ambele capete, cât şi nervul intercostal care trebuie rezecat, în caz contrar acesta riscând să fie prins în calusul cicatricial şi să determine tulburări ulterioare.
- ◆ Orice toracotomie realizează un pneumotorax, cu excluderea (cel puţin parţială) a plămânului respectiv din actul ventilaţiei ; dacă mai adăugăm şi faptul că poziţia bolnavului jenează expansiunea pulmonului indemn, rezultă atenţia pe care trebuie s-o acordăm unei ventilaţii eficiente.
- ◆ Toracotomia se încheie cu un drenaj pleural în spaţiu închis sau aspirativ care să asigure expansiunea pulmonară şi drenajul secreţiilor pleurale.

IV INDICAŢII şi CONTRAINDICAŢII

INDICAŢIILE sunt foarte numeroase şi pot fi reprezentate de :

1. Toracotomia cu caracter explorator sau bioptic.
2. Afecţiuni ale peretelui toracic :
   - = deformări congenitale sau câştigate,
   - = tumori,
   - = supuraţii parietale.
3. Colapsoterapie :
   - = toracoplastii,
   - = pneumotorax extrapleural, apicolize etc.
4. Traumatisme toracice grave :
   - = cu torace închis,
   - = cu torace deschis.
4. Afecţiuni pleurale :
   - = piotorax, pleurezii închistate,
   - = tumori pleurale (mezoteliom etc.),
   - = pahipleurite severe.
6. În chirurgia pulmonară simplă sau lărgită :

= infecţii banale (abces pulmonar, bronşiectazii) sau specifice : sifilis, tuberculoză,
= parazitoze (chist hidatic),
= tumori benigne sau maligne,
= diverse : chiste aeriene, pneumotorax spontan etc.

7. Afecţiuni traheo-bronşice :
= traumatisme,
= supuraţii, fistule diverse,
= corpi străini.
8. În chirurgia diafragmului :
= traumatisme,
= relaxare diafragmatică, hernii hiatale etc.
9. Chirurgia mediastinului :
= tumori benigne sau maligne,
= timus,
= guşă intratoracică,
= esofag.
10. Chirurgia nervoasă :
= simpatectomii, frenicectomii, vagotomii.
11. Chirurgia marilor vase : aortă, pulmonară
12. Chirurgia cardio-pericardică.
13. În chirurgia transplantului pulmonar.

CONTRAINDICAŢIILE pot ţine de :

- starea generală a bolnavului, care poate constitui contraindicaţie de principiu pentru orice intervenţie cu caracter de amploare ; nu trebuie uitat că, în anumite situaţii, toracotomia poate reprezenta un act eroic care contribuie la redresarea stării generale a bolnavului ;
- afecţiunile evident depăşite : tumori extinse, bolnavi caşectici, cu metastaze osoase etc. ;
- o contraindicaţie relativă este reprezentată de toracotomia bilaterală, care trebuie rezervată unor subiecţi capabili să suporte un traumatism operator sever, nu lipsit de riscuri.

V PREGĂTIRE PREOPERATORIE

De mare importanţă, întrucât de cele mai multe ori ne aflăm în faţa unor bolnavi cu vechi suferinţe, **PREGĂTIREA PREOPERATORIE** vizează

- o corectă explorare a leziunilor dar şi a capacităţii respiratorii în toate componentele sale, cu o apreciere prospectivă a rezervelor de

care bolnavul dispune ;

- pregătirea biologică corectă se referă la toate compartimentele şi are în vedere reechilibrarea volemică, proteică, acido-bazică, hidro-minerală, vitaminică, a coagulogramei etc.
- pregătirea locală sau loco-regională poate impune tratamentul adecvat al supuraţiilor bronho-pulmonare, reducerea colecţiilor purulente, degajarea cavităţilor pleurale etc., elemente realizabile prin tratament local, măsuri cu caracter limitat dar cu mare valoare pentru bolnav.

VI ANESTEZIE

Toracotomia este un act chirurgical de mare amploare, la care trebuie adăugată şi excluderea, din circuitul ventilator, al unui plămân. În aceste condiţii, este necesară o anestezie de cea mai bună calitate, în vederea reducerii maximale a incidentelor, a accidentelor intraoperatorii şi a complicaţiilor postoperatorii, oricând posibile în această chirurgie delicată şi şocantă.

Anestezia care convine cel mai mult acestor deziderate este **ANESTEZIA GENERALĂ CU I.O.T.** ; anestezistul trebuie să ia în consideraţie unele date :

- deschiderea toracelui îngreunează condiţiile ventilatorii ale bolnavului, prin suprimarea funcţională a unui plămân ;
- poziţia de decubit lateral concură la dificultăţile de ventilaţie la nivelul plămânului sănătos ;
- riscul obstrucţiei bronşice în timpul intervenţiei este deosebit de mare, motiv pentru care anestezistul trebuie să fie pregătit pentru a face faţă unui asemenea accident ;
- riscul hemoragic este de asemenea real şi pregătirea unei vene bine punctionate sau cateterizate este o măsură bine venită ;
- chirurgia toracică este, prin excelenţă, şocantă, accidentele severe putând surveni în orice moment : stop cardiac, edem pulmonar, inundaţie bronşică etc.

VI INSTRUMENTAR

COMUN - tava pentru intervenţii mari.

SPECIAL :

= răzuşe costale, decolator, costotom ; depărtătoare FARABEUF, FINOCHIETTO, valve late şi lungi ;

= pense anatomice şi chirurgicale, hemostatice lungi ; pense speciale pentru plămân ; pense de disecţie ; pense " en coeur ", clampe pentru pulmon ;
= pensele de sutură mecanică a bronşiilor şi a plămânului ;
= pense vasculare, SATINSKY, bull-dogi ;
= aspirator, tubulatură pentru drenaj, bisturiu electric etc.

VIII DISPOZITIV OPERATOR

BOLNAVUL :

= în decubit lateral de partea opusă toracotomiei ;
= masa moderat " ruptă " la nivelul coastelor inferioare ;
= membrul superior de aceeaşi parte fixat pe suport, cel opus, în abducţie, cu perfuzie şi aparat de tensiune montate ; atenţie la staza venoasă ;
= membrul inferior de aceeaşi parte în extensie, cel opus în flexie ; suporturi sau benzi fixatoare late pentru bolnav.

ECHIPA OPERATORIE :

1. Operatorul - în spatele bolnavului ;
2. Ajutoarele - în faţa operatorului şi a bolnavului.

IX TEHNICA

Toracotomie postero-laterală " standard "

A. INCIZIA :

1. Se trasează linia de incizie care uneşte extremităţile spaţiului intercostal vizat (VI - VII), ocolind arciform, vârful omoplatului, la cca 5-6 cm ; vârful omoplatului devine un obstacol începând de la coasta a 5-a sau a 6-a, după subiect ; este bine să se traseze mai multe perpendiculare pe linia de incizie, pentru a repera, la timpul de refacere cutanată, pe această incizie lungă, punctele de afrontare corectă.

2. Incizia cutanată şi a ţesutului celular subcutanat, ca şi a aponevrozei superficiale se face tranşant, cu hemostază acolo unde este cazul.

B. SECŢIUNEA MUSCULARĂ trebuie făcută net, fără trasee ondulante, fără dilacerări, şi interesează :

1 Primul plan :
   a. marele dorsal, pe toată lăţimea lui ;
   b. trapezul.
2. Al doilea plan :
   a. romboidul, posterior şi

b. marele dinţat, înainte ; cei doi muşchi, divergenţi la nivelul omoplatului, sunt despărţiţi de o fascie : aceasta se secţionează bine pentru a vedea grilajul costal, după care urmează secţiunea muşchiului romboid ; se amorsează (cu foarfecele) secţiunea marelui dinţat până la nivelul pachetului vasculo-nervos care-i străbate suprafaţa ; apoi se insinuează mâna sub omoplat, pentru a se număra coastele : cea mai proeminentă nu este prima ci a doua coastă ; se continuă secţiunea muşchiului pe o distanţă convenabilă ; de notat că posterior, musculatura nu are inserţii costale, fiind despărţită de acestea de un strat celulos ; anterior însă, digitaţiile marelui dinţat au inserţii costale, de unde necesitatea de a repera cu precizie locul de secţiune, pentru a nu periclita inserţia anterioară a muşchiului ;

c. mai departe, mergând înainte, întâlnim digitaţiile marelui oblic care vor fi secţionate sau nu, după caz.

C. SECŢIUNEA PLANULUI COSTO-INTERCOSTAL propriu-zis, presupune incizia unei fascii celuloase subţiri (fascia interdinţată), ceea ce expune şi mai bine grilajul costal ; se alege spaţiul intercostal dorit care se deschide :

1. Se începe cu o mică breşă în porţiunea mijlocie a spaţiului, cu secţiunea celor doi muşchi intercostali şi a pleurei parietale (anestezistul va fi în prealabil avizat asupra acţiunii noastre, pentru a reduce presiunea în plămânul nesimfizat, ceea ce evită leziunea pulmonară în momentul secţiunii pleurale) ; pachetul intercostal va fi evitat sau secţionat între pense şi ligaturat ;
2. Un depărtător FARABEUF introdus în breşa creată se roteşte de 90^0 ceea ce va realiza o depărtare sub tensiune a coastelor, expunând şi mai bine spaţiul intercostal.
3. Se perfectează secţiunea spaţiului intercostal, pe distanţa necesară, având grije ca secţiunea planurilor să fie bine plasată, pentru a menaja pachetul vasculo-nervos intercostal şi a păstra un segment muscular care va realiza etanşarea perietală.

D. PLASAREA DEPĂRTĂTORULUI FINOCHIETTO, depărtător cu cremalieră, protejat cu o compresă potrivită, va realiza câmpul şi deschiderea necesare ; această deschidere nu întâmpină nici un fel de dificultate în cazurile cu elasticitate costală păstrată, mai ales la copii şi la tineri dar, la adulţi şi la vârstnici, o îndepărtare intempestivă poate determina fracturi costale, cauză de suferinţă postoperatorie severă sau de leziuni ale vaselor intercostale (în timpul operaţiei, vasele nu sângerează, fiind comprimate de depărtător dar vor sângera în perioada postoperatorie, ceea ce poate reclama reintervenţia de hemostază, în caz contrar, decesul

putând să survină) ; pentru a facilita depărtarea coastelor, se poate realiza o dezarticulaţie posterioară a coastelor superioară şi inferioară sau se va recurge la un procedeu cu secţiune costală. În acest moment, toracotomia propriu-zisă este terminată, urmează explorarea atentă a organelor din cavitatea toracică şi gestul chirurgical necesar.

E. REFACEREA PERETELUI TORACIC încheie intervenţia chirurgicală :

1. Drenajul pleural este absolut obligatoriu, indiferent de intervenţia sau de timpii care au urmat toracocomiei ; drenajul standard utilizează două tuburi lungi, cu mai multe orificii, care vor fi :
   a. unul exteriorizat prin porţiunea axilară a spaţiului 9 sau 10 intercostal, se va plasa pe peretele postero-lateral, până la nivelul şanţului costo-vertebral, urcând cât mai sus posibil ;
   b. al doilea tub va fi introdus prin perete, într-un spaţiu superior liniei de incizie şi la nivelul extremităţii anterioare a acestuia şi va fi plasat pe peretele anterior şi lateral, capătul lui aflându-se la nivelul gâtului primei coaste ; unele precauţii sunt absolut necesare :
      = orificiile de traversare parietală trebuie să fie de dimensiunea tubului de dren folosit şi perpendiculare pe perete ;
      = tuburile de dren se racordează la un " Y " metalic sau din sticlă şi apoi la o sursă de aspiraţie ;
      = înainte de închiderea completă a toracelui se va reduce, prin manevre ventilatorii, pneumotoraxul existent ;
2. Închiderea planului costal se face simplu, fără instrumente de apropiat coastele, acestea putând provoca, prin dantura lor, destule neplăceri ; cel mai bine este să apropiem coastele cu ajutorul unor fire duble de catgut cromat nr. 3 ; materialul nerezorbabil determină, în timp, incizuri dureroase, secţiunea coastelor sau osteite supărătoare.
3. Pentru etanşarea toracică se suturează musculatura intercostală păstrată.
4. Sutura planurilor musculare reclamă o corectă afrontare, evitând decalajul între marginile musculare ; pentru a evita eversarea, cel mai bine este să se folosească firele în " X ", care prind şi aponevrozele musculare superficiale sau perimisium.
5. Capitonajul şi sutura pielii se fac obişnuit, evitând decalarea buzelor plăgii cutanate.

X VARIANTE TEHNICE

A. INCIZIA - se pot realiza toracotomii joase sau înalte, situaţii în

care omoplatul devine un impediment serios, linia de incizie trebuind să-l ocolească în mod convenabil ; de evitat incizia CRAAFORD care implică secţionarea maselor musculare şi dificultăţi în refacerea acestora.

B.-C. TORACOTOMIA se poate realiza prin :

- rezecţia unei coaste sau chiar a mai multora, ceea ce ne îndepărtează de toracotomia standard ;
- de asemenea se pot realiza duble deschideri toracice, separate de coaste şi de spaţii indemne ;
- toracotomiile diverse ca întindere, mai mari sau mai mici, după caz, pot fi avute în vedere ;
- toracotomiile cu plasament special axilare, anterioare, antero-laterale, submamare etc. ;
- toracotomii extinse, cu secţiunea sternului ;
- toracotomia cu sternotomie mediană, pentru accesul în mediastin, toracotomii cu sternotomie în " T ", cu volet sterno-costal ;
- toracotomiile combinate cu laparotomie şi frenotomie, toraco-cervicotomii etc.

XI INCIDENTE şi ACCIDENTE INTRAOPERATORII

- Plasarea necorespunzătoare a toracotomiei.
- Toracotomia prea joasă ne poate crea dificultăţi, cupola diafragmatică împiedecând accesul asupra apexului.
- Toracotomiile limitate determină un acces dificil asupra elementelor din hil şi necesită o prelungire corespunzătoare, după caz.
- Hemoragia intraoperatorie are, de cele mai multe ori, sursa în pachetul intercostal nereperat şi nesoluţionat.
- Toracotomiile în pleură liberă nu determină dificultăţi speciale dar pleura simfizată sau pahipleuritele pot induce rupturi sau leziuni pulmonare neplăcute .

XII ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

ÎNGRIJIRILE POSTOPERATORII presupun :

- Poziţia bolnavului este cea comună, în decubit dorsal, cu membrele inferioare libere pentru a favoriza întoarcerea venoasă ; s-a renunţat la poziţia semi-şezândă.

- Analgeticele obişnuite.
- Oxigenoterapia are caracterul de măsură complimentară, de valoare la un bolnav la care s-a intervenit pe principalul organ ventilator şi se va realiza cu sau fără măsuri speciale.
- Supravegherea trezirii şi asigurarea unei amplitudini respiratorii convenabile sunt absolut necesare şi, sub tratamentul antialgic, bolnavul va fi obligat la o adevărată gimnastică respiratorie.
- Mobilizarea precoce, alături de gimnastica respiratorie, contribuie la prevenirea unor complicaţii postoperatorii şi, mai ales, a atelectaziei pulmonare şi a bolii trombo-embolice.
- Tratamentul general medicamentos se va face în raport cu afecţiunea şi cu ceea ce s-a realizat intraoperator.
- Reechilibrarea tuturor compartimentelor : volemică, hidro-electrolitică, acido-bazică, sanguină etc., se va face la parametrii cunoscuţi.
- Supravegherea, mobilizarea şi suprimarea tuburilor de dren şi a aspiraţiei se vor face în raport cu cantitatea şi aspectul lichidelor drenate, cu evoluţia expansiunii pulmonare şi diminuarea pneumotoraxului postoperator ; în acest context, examinarea radiologică repetată are valoare incontestabilă.
- Pansamentele locale trebuie făcute zilnic şi acţionat în raport cu evoluţia plăgii ; nu se vor folosi pansamentele compresive care au mai mult desavantaje.

XIII COMPLICAŢII POSTOPERATORII

COMPLICAŢIILE POSTOPERATORII pot consemna :

- Atelectazia pulmonară, omo- sau contro-laterală, poate cuprinde teritorii limitate sau, dimpotrivă, largi, ceea ce antrenează tulburări respiratorii severe ; mijloacele de suprimare a teritoriilor atelectatice vizează gimnastica respiratorie sau chiar manevrele endobronşice de reexpansionare pulmonară.
- Boala trombo-embolică este destul de frecventă în chirurgia toracică şi, de departe, reprezintă complicaţia cea mai redutabilă ; diferitele variante de manifestare pot merge de la tromboflebita clasică sau frustă, până la accidentul embolic brutal şi fatal ; măsurile de prevenire ca şi surprinderea precoce a primelor manifestări sunt cele mai eficiente.
- Pneumotoraxul contro-lateral, în condiţiile unui pulmon de aceeaşi

parte neexpansionat, ridică probleme serioase de ventilaţie pulmonară şi hematoză, ceea ce presupune măsuri urgente şi eficace.

- Pierderile gazoase la nivelul plămânului pe care s-a intervenit împiedică reexpansiunea pulmonară, ceea ce face ca manevrele obişnuite, gimnastica respiratorie, exuflaţiile, puncţiile etc., să nu fie operante şi, în anumite situaţii, să impună reintervenţia mai mult sau mai puţin precoce.
- Procesele de condensare pulmonară sunt posibile şi reclamă tratament adecvat, nemai fiind vorba de simple atelectazii.
- Supuraţiile parietale, retenţiile pleurale purulente etc., pot surveni, în raport cu circumstanţele patologice şi operatorii.

XIV SECHELE POSTOPERATORII

Toracotomiile au devenit intervenţii curente, cu indicaţii multiple şi cu bune rezultate ; sechelele pot fi legate atât de toracotomia însăşi cât, mai ales, de afecţiunea care a reclamat-o ; ele pot fi reprezentate de :

- Pahipleuritele de diverse întinderi şi grosimi, cu inconveniente variabile, pot impune uneori reintervenţii corectoare, de eventuală ridicare a concii scleroase care împiedică o bună ventuilaţie pulmonară.
- Sechelele parietale sunt legate mai ales de rezecţia costală multiplă şi de modul în care defectul parietal a fost soluţionat ; deformările parietale sunt destul de frecvente dar compensarea ventilatorie nu suferă ; colapsoterapia, mult practicată altădată, determina deformări toracice mult mai ample dar adaptarea funcţională s-a obţinut în marea majoritate a cazurilor.
- Osteitele costale, fistulele pleurale sunt citate şi determinate de supuraţiile prelungite.

XV REZULTATE, PROGNOSTIC

- Acestea depind foarte mult de afecţiunea care a reclamat intervenţia, toracotomia fiind bine suportată de bolnav,
- Chiar toracotomiile iterative sau succesive, de aceeaşi parte sau de partea opusă, se bucură de bune rezultate, nu elementul parietal dictând, în principal, prognosticul unui bolnav toraco-pulmonar operat.

10

PLEUROTOMIA CU REZECŢIE DE COASTĂ

I DEFINIŢIE

PLEUROTOMIA CU REZECŢIE DE COASTĂ este intervenţia chirurgicală care realizează deschiderea şi drenajul cavităţi pleurale infectate, după îndepărtarea unui segment costal.

- În mod arbitrar, pentru pleura neinfectată se utilizează termenul de toracotomie.

II ANATOMIE CHIRURGICALĂ

(Vezi 9 - II)

III OBIECTIVE şi PRINCIPII

OBIECTIVELE sunt reprezentate de :

1. Evacuarea colecţiilor purulente din cavitatea pleurală,
2. Aseptizarea cavităţii şi
3. Favorizarea reexpansiunii pulmonare.

PRINCIPIILE :

- Pleurotomia trebuie să fie suficient de largă pentru a putea permite un drenaj corect către exterior al conţinutului pleural patologic ; concomitent,
- Ea trebuie să fie destul de limitată, pentru a împiedeca pătrunderea aerului din exterior în cavitatea pleurală ; etanşeitatea este destul de greu de realizat, motiv pentru care se recurge la diverse procedee active.

- Multe colecţii pleurale pot fi drenate prin simpla pleurotomie intercostală, fără rezecţie de coastă ; aceasta devine necesară atunci când există colecţii purulente cu puroi gros, cremos, dens şi fibrinos (pleureziile cu pneumococ), situaţii care reclamă debridarea şi evacuarea colecţiilor pleurale, pentru a minimaliza tendinţa de închistare. Din acest punct de vedere, pleurotomiile pot fi clasificate în :

a. pleurotomii minime (intercostale),

b. mica pleurotomie (cu rezecţie unicostală, de 2 -5 cm) care face obiectul subiectului de faţă,

c. pleurotomia largă, care implică rezecţia a două sau a mai multor coaste, pe întindere de 10 -15 cm., şi

d. toracotomia exploratorie, cu rezecţii multiple de coaste şi a pleurei îngroşate.

IV INDICAŢII şi CONTRAINDICAŢII

INDICAŢII :

1. Pleurezia purulentă ajunsă în stadiul de colectare,
2. Pleurezia tuberculoasă suprainfectată cu piogeni şi
3. Colecţiile pleurale posttraumatice supurate etc.

CONTRAINDICAŢII :

1. Pleureziile tuberculoase şi
2. Empiemele întinse, în care pleurotomia cu rezecţia simplă a unei coaste nu este suficientă, fiind necesare intervenţii de mai mare amploare.

V PREGĂTIRE PREOPERATORIE

În marea majoritate a cazurilor, colecţiile pleurale supurate survin în mod secundar, după afecţiuni diverse, care aduc bolnavii, după o evoluţie mai mult sau mai puţin îndelungată, într-o stare de deficit biologic complex. De aici,

Pregătirea generală se referă la :

- Reechilibrarea tuturor compartimentelor hidroelectrolitic, volemic.
- Combaterea stărilor de anemie, hipoproteinemie, avitaminoză etc.
- Se va face restabilirea, în limite compatibile, a tuturor funcţiilor şi, în special, a celor respiratorii, cardio-vasculare şi hepato-renale.
- Tratamentul antiinfecţios, antibiotic general, poate fi avut în vedere, atât pentru colecţiile pleurale cât şi pentru afecţiunea de bază.

Pregătirea specială are în obiectiv :

= precizarea amploarei colecţiei pleurale, punctele declive ;
= sterilizarea sau atenuarea florei microbiene locale, prin puncţii, determinări bacteriologice şi, mai departe, prin evacuări de conţinut şi aplicarea de antibiotice local ;
= controlul radiologic repetat ne arată evoluţia cavităţii pleurale abcedate şi ne va oferi date din cele mai importante legate de supuraţia pleurală.

VI ANESTEZIE

ANESTEZIA GENERALĂ intravenoasă sau de alt tip, este - de cele mai multe ori - convenabilă ; rareori este necesară I.O.T.

Intervenţia se poate realiza şi în condiţiile unei **ANESTEZII LOCALE** de calitate, convenabilă pentru subiecţii incapabili să facă faţă unei anestezii generale.

VII INSTRUMENTAR

COMUN - trusa pentru intervenţii mici.

SPECIAL : - răzuşe costale, decolator de coaste, costotom ; aspirator, tuburi de aspiraţie şi de drenaj.

VIII DISPOZITIV OPERATOR

BOLNAVUL - în decubit controlateral faţă de leziune ; membrul inferior de aceeaşi parte în extensie, membrul controlateral în flexie ; bolnavul stabilizat pe masa de operaţie prin suporţi adaptaţi sau benzi adezive late.

ECHIPA OPERATORIE :

1. Operatorul - în spatele bolnavului.
2. Ajutoarele - în faţa bolnavului.

IX TEHNICĂ

Mica pleurotomie laterală, cu rezecţie de coastă.

A. INCIZIA se plasează în axul coastei care va fi rezecate, după ce a fost bine reperat, punctul decliv al colecţiei, şi interesează planurile moi până la coastă.

B. DEPERIOSTAREA COASTEI se relizează pe distanţă convenabilă, de 3 -5 -7 cm., după caz :

1. Se secţionează periostul chiar în axul coastei, urmând incizia părţilor moi.
2 Decolatorul costal perfectează deperiostarea :
   = se deperiostează marginea superioară a coastei, cu ajutorul răzuşei, care are o direcţie dinainte înapoi, inversă direcţiei

intercostalului superior ;

= deperiostarea marginii inferioare se realizează în acelaşi mod dar în sens opus, adică dinapoi înainte, iar

= deperiostarea posterioară se realizează cu răzuşa specială.

C. REZECŢIA COSTALĂ se efectuează cu ajutorul costotomului, perpendicular pe axul coastei, pe distanţa dorită, de 3 - 5 - 7 cm .

D. SECŢIONAREA PATULUI COSTAL şi a **PLEUREI** ne aduce în cavitatea pleurală supurată, rareori fiind necesară hemostaza locală.

E. DEBRIDAREA digitală a cavităţii,

F. ASPIRAŢIA cavităţii prin patul costal şi

G. MONTAJUL TUBULATURII de aspiraţie în punctul cel mai decliv, încheie timpul pleural ;

H. REFACEREA PLANURILOR SECŢIONATE sfârşeşte intervenţia propriu-zisă.

I. DRENAJUL PLEURAL :

- introducerea unui tub simplu sau special (cu coleret, de tip PEZZER sau de alt tip) poate realiza drenajul postural sau decliv dar nu împiedică cloazonările frecvente şi nici nu creează condiţiile pentru reexpansiunea pulmonară, etanşeitatea fiind destul de greu de obţinut ; ca urmare, s-au imaginat diverse sisteme de aspiraţie activă, iniţial cu presiune mare (cca 1 m coloană de apă), ajungându-se ulterior la presiuni de valori mici : 50 cc apă sau, mai frecvent, de 15 - 20 cc.

Pentru ca o aspiraţie să funcţioneze în bune condiţii, tebuie respectate unele principii :

- Montajul corect al tubulaturii : orice tub care merge spre pompa de aspiraţie nu trebuie să fie imers.
- Orice demontare a tubulaturii impune clamparea acesteia, pentru a împiedica introducerea aerului în pleură.
- Trebuie să se evite montajele prea complicate şi tubulatura excesiv de lungă, capabile de cuduri şi de menajare a unor spaţii moarte ;
- Suprapresiunea în sistem trebuie evitată întrucât devine dureroasă pentru bolnav şi întrerupe aspiraţia efectivă.

X VARIANTE TEHNICE

A. INCIZIA poate fi verticală, pe mai multe coaste : are avantajul posibilităţii prelungirii inciziei dar aceste condiţii creează premisele pentru verticalizarea coastelor.

B-D. Se poate realiza şi o rezecţie costală împreună cu învelişul pe-

riostic dar în aceste situaţii este necesară ligatura pachetului intercostal la nivelul ambelor capete.

XI INCIDENTE şi ACCIDENTE INTRAOPERATORII

- Plasarea incorectă a inciziei şi a rezecţiei costale, deasupra sau la depărtare de punctul decliv al colecţiei impune lărgirea abordului sau realizarea drenajului într-un spaţiu adecvat, prin contraincizie.
- Pneumotoraxul survine atunci când abordul se realizează necorespunzător, în pleură liberă ; trebuie să se sutureze pleura, să se dreneze aspirativ închis cavitatea pleurală indemnă iar drenajul colecţiei purulente să se facă separat.
- Hemoragia poate proveni din patul costal şi reclamă ligatura pachetului vascular la ambele capete.

XII ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

- Tratamentul general, început încă din perioada preoperatorie, trebuie continuat : reechilibrare volemică, electrolitică, proteică etc..
- Asigurarea unui bilanţ energetic pozitiv, şi
- Tratamentul antibiotic, general, ţintit, pot asigura premisele unei vindecări locale.
- Plasarea postoperatorie corectă a bolnavului, cu atenţie pentru a nu cuda tubulatura de aspiraţie,
- Oxigenarea şi
- Combaterea durerii, fac parte din îngrijirile comune ale bolnavilor chirurgicali toraco-pulmonari.
- Gimnastica respiratorie este absolut necesară pentru a favoriza expansiunea pulmonară.
- Supravegherea continuă a aspiraţiei are în vedere cantitatea, aspectul, microbismul aspiratului, parametri care evoluează în paralel cu vindecarea locală.
- Lavajele locale pot fi utile şi necesare.
- La nevoie, se pot face redebridări, după extragerea tuburilor şi replasarea lor.
- În unele situaţii, explorările cu substanţă de contrast pot fi binevenite, pentru aprecierea şi evaluarea evoluţiei cavităţilor

purulente.

XIII COMPLICAŢII POSTOPERATORII

COMPLICAŢIILE POSTOPERATORII pot fi :

- Complicaţiile generale comune :
  - = stări septicemice.
  - = pneumopatii care pot surveni sau continua evoluţia vechilor focare pneumonice generatoare de supuraţii pleurale ;
  - = trombozele şi tromboflebitele membrelor inferioare nu trebuie ignorate.
- Complicaţiile locale pot apărea :
  - = nereductibilitatea cavităţii pleurale,
  - = suprainfecţia cu alţi germeni, piocianic mai ales,
  - = cloazonările care pot croniciza infecţia pleurală,
  - = granulomul de fir ;
  - = osteitele capetelor costale întreţin supuraţia locală, iar
  - = reţinerea unor corpi străini : comprese, capete de PEZZER etc., se poate cita.

XIV SECHELE POSTOPERATORII

- Pahipleurita este aproape constantă, mai puţin urmarea pleurotomiei cât a procesului care a determinat supuraţia pleurală.
- Închistarea locală poate impune reintervenţia de acelaşi tip sau de amploare crescută.
- Retracţia costală este mai rară în cazurile de rezecţie unicostală.
- Insuficienţa ventilatorie globală poate fi corectată prin gimnastică respiratorie şi adaptare funcţională.

XV REZULTATE, PROGNOSTIC

- Rezultatele sunt favorabile, cu condiţia ca intervenţia să survină în timp util, după tratamentul medical corect şi necesar şi cu respectarea unor indicaţii operatorii corecte.
- Prognosticul funcţional şi anatomic depinde foarte mult de afecţiunea care a reclamat pleurotomia şi rezecţia coastei dar, în general, este favorabil, permiţând reintegrarea socio-profesională.

11

CURA CHIRURGICALĂ A HERNIEI INGUINALE

I DEFINIŢIE

În general, **CURA HERNIARĂ** este intervenţia chirurgicală care suprimă o hernie (inguinală, femurală sau cu altă localizare) şi condiţiile de recidivă ale acesteia.

N.B. Termenul cu care desemnăm cura herniară nu este unanim acceptat :

- unii practicieni preferă termenul de " herniotomie " deşi secţiunea herniei nu se petrece în realitate ;
- alţii denumesc intervenţia " cură radicală " a herniei, socotind că radicalitatea aparţine rezolvării saculare, pe care - de fapt - n-o realizăm întotdeauna ;
- în fine, alţii folosesc termenul de " cură operatorie ", ceea ce poate presupune şi o rezolvare neoperatorie a herniilor ; or, aşa-zisul tratament ortopedic, cu bandaje diverse, nu poate fi considerat ca o metodă terapeutică adevărată ci de valoare psihologică sau circumstanţială ;
- prin asimilare cu alte capitole şi intervenţii vom folosi termenul de cură chirurgicală a herniilor.

II ANATOMIE CHIRURGICALĂ

☞ **Poate că nici un subiect din anatomia şi chirurgia umană nu a cunoscut atâtea descrieri, interpretări şi remanieri ca regiunea inguino-crurală, şi acestea nu în mod teoretic, ci legate tocmai de problematica chirurgiei herniare. Şi de altfel, avem**

convingerea că ultimul cuvânt în materie nu a fost încă spus. Pentru practicianul obişnuit, descrierile clasice pot constitui bunuri definitiv câştigate, pe baza cărora a obţinut (şi va obţine încă !) rezultate dintre cele mai bune. Dar este tot atât de adevărat că specialistul interesat în progresul şi diversificarea tehnicii sale nu poate face abstracţie de achiziţiile mai noi ale anatomiei şi chirurgiei regiunii inguino-crurale, fundamental diferite de descrierea clasică, chiar dacă acestea sunt mai greu de însuşit sau par mai laborioase. Acestea sunt creditate însă, cu un procent mult mai redus de recidivă, ceea ce este esenţial. Întrucât cele două moduri de a aborda problematica anatomo-chirurgicală sunt diferite, încercăm să facem referiri la ambele puncte de vedere.

În consecinţă :

REGIUNEA INGUINALĂ, delimitată de :

1. Arcada crurală,
2. Orizontala trecută la două laturi de deget sub linia bispinoasă şi
3. Marginea externă a dreptului abdominal, conţine :

A. CANALUL INGUINAL, loc de trecere a

- cordonului spermatic către scrot (la bărbat) şi a
- ligamentului rotund către marile buze (la femeie),
  - * este situat imediat deasupra arcadei crurale şi în jumătatea internă a acesteia,
  - * are o lungime de 4 -5 cm, şi
  - * este orientat oblic înăuntru şi în jos.

ÎN DESCRIEREA CLASICĂ, traiectul inguinal are :

1. Un perete anterior alcătuit din :

a. **aponevroza marelui oblic**, aponevroză de inserţie a muşchiului cu acelaşi nume, terminată în porţiunea inferioară prin arcada crurală şi

b. **muşchiul cremaster** ;

2. Un perete posterior format din :

a. **FASCIA TRANSVERSALIS**, fascie de înveliş a muşhiului transvers, întărită de :

- ligamentul HESSELBACH în afară, inserat pe arcada crurală, pe bandeleta ilio-pubiană şi pierzându-se în sus pe fascia transversalis, până la ARCADA DOUGLAS, şi de
- ligamentul HENLÉ înăuntru, triunghiular, cu :
  - = o latură internă, aderentă de marginea externă a dreptului abdominal,

= una externă în formă de coasă şi
= o latură inferioară confundată cu ligamentul lui COOPER ;

b. **tendonul conjunct** sau **reunit** şi
c. **ligamentul lui COOLES.**

Dispoziţia acestui perete posterior determină zone de rezistenţă diferită, din care cea mijlocie este cea mai slabă, fiind reprezentată numai de fascia transversalis.

3. Peretele inferior este format din :
   a. **arcada crurală**, jgheab aponevrotic întins între spina iliacă antero-superioară şi spina pubisului, întărită în partea internă de ligamentul lui GIMBERNAT, reflectare în evantai a arcadei crurale pe creasta pectineală.
4. Peretele superior este reprezentat de :
   a. **micul oblic** şi **transvers**, în afară şi
   b. **tendonul conjunct** sau **reunit**, al celor doi muşchi, înăuntru.
5. Un orificiu superficial (intern faţă de linia mediană), circumscris de :
   a. **pilierul extern**, prins de spina şi corpul pubisului,
   b. **pilierul intern**, inserat pe simfiza pubiană şi
   c. **pilierul posterior** sau **ligamentul lui COOLES**, venit din partea opusă şi care se fixează pe buza anterioară a pubisului ca şi pe creasta pectineală ; orificiul superficial este " rotunjit " de FIBRELE ARCIFORME dintre pilierii intern şi extern.
6. Un orificiu profund, corespunzând mijlocului arcadei crurale, are o formă vag ovalară, cu o jumătate externă slab reprezentată şi o alta internă evidentă, de forma unei crose deschise în sus şi în afară, bine delimitată de către ligamentul lui HESSELBACH.

ÎN VARIANTA MODERNĂ, peretele abdominal este alcătuit din două planuri, superficial şi profund, fiecare dintre ele cu acelaşi număr de straturi şi constituind imaginea în oglindă a celuilalt, în raport cu canalul inguinal şi cu cordonul spermatic :

= **Pielea**
planul superficial
* **Ţesutul celular subcutanat**
– **Fascia Scarpa**
+ **Aponevroza marelui oblic**
Canalul inguinal - cordonul spermatic
planul profund
+ **Muşchiul transvers**
– **Fascia transversalis**
* **Grăsimea properitoneală**
= **Peritoneul**

Faţă de descrierea clasică, unele detalii trebuie reţinute. Astfel :

◆ **APONEVROZA MARELUI OBLIC** nu se termină odată cu arcada

crurală ci se întinde şi la nivelul coapsei, unde se intrică cu fascia lata, prin intermediul fasciei nenumite.

- **MUŞCHIUL MICUL OBLIC** este elementul central şi cel mai muscular strat al peretelui abdominal. Partea cea mai joasă a muşchiului fuzionează cu muşchiul transvers abdominal pentru a forma tendonul conjunct dar aceasta se petrece numai la 5% dintre subiecţi. Prin fasciculele sale mediale, micul oblic creează un arc pentru canalul inguinal profund şi de la acest nivel emană cremasterul care învelește cordonul spermatic şi care va trebui rezecat în totalitate în cursul curei herniare.
- **MUŞCHIUL TRANSVERS ABDOMINAL** este cel mai intern dintre cei trei muşchi ai peretelui abdominal şi ia naştere din porţiunea laterală a arcadei crurale, marginea internă a crestei iliace, fascia dorso-lombară şi ultimele 6 cartilagii şi coaste. În partea inferioară participă la formarea tendonului conjunct şi a orificiului inguinal profund, element esenţial în refacerea peretelui abdominal.
- **FASCIA ENDOABDOMINALĂ** sau **FASCIA TRANSVERSALIS** este un plan important în producerea herniilor peretelui abdominal. Ea trebuie privită ca o formaţiune saculară care învelește viscerele abdominale şi le separă de formaţiunile peretelui abdominal. Pornind de la nivelul toracelui, ea coboară pe abdomen şi până la nivelul coapselor, ca o structură continuă. Spre deosebire de atitudinea clasică a curei herniare, în care este neglijată în cea mai mare măsură, chirurgia modernă acordă fasciei transversalis o importanţă particulară. În unele arii, marcate de inserţia unor grupe musculare, fascia transversalis realizează zone de condensare :
  - bandeleta fasciei transversalis este situată la mijlocul liniei spino-pubiene, la cca 2 cm deasupra arcadei crurale, şi delimitează medial, orificiul profund al canalului inguinal ;
  - arcul aponevrotic al transversului abdominal, rareori citat în tratatele de anatomie, constituie marginea superioară a bazei canalului inguinal, fiind format din fuziunea aponevrozei transversului abdominal cu fascia transversalis ;
  - bandeleta ilio-pectinee şi
  - ligamentul COOPER.

B. CONŢINUTUL canalului inguinal este reprezentat de :

1. CORDONUL SPERMATIC (la bărbat) format din :

- canalul deferent şi
- artera deferenţială (din vezicala inferioară sau hemoroidala mijlocie) ca elemente centrale,
- artera spermatică (din aortă) şi
- artera funiculară (din epigastrică) ;
- pachetul venos anterior (tributar venei cave, în dreapta, şi venei spermatice, în stânga),
- pachetul venos posterior (care se varsă în venele epigastrice),
- ganglioni limfatici şi
- ligamentul lui CLOQUET, vestigiu fibros al canalului peritoneo-vaginal.
- Cordonul este învelit de :
  = fibroasa comună, derivată din fascia transversalis, pe care se află situate ramurile genitale ale :
    * marelui abdomino-genital (superior),
    * micului abdomino-genital (anterior) şi
    * genito-crurălului, şi de
  = muşchiul CREMASTER, care se află în afara fibroasei comune, este emanat din micul oblic, cu masa principală învelind faţa antero-laterală a cordonului şi însoţindu-l până la scrot.

2. LIGAMENTUL ROTUND (la femeie) străbate canalul inguinal, înconjurat de câteva vase şi de cele trei ramuri nervoase ; la nivelul orificiului inguinal superficial el se etalează în evantai, pentru a se insera pe simfiza pubiană, MUNTELE VENUS şi pe buzele mari ; uneori, la nivelul canalului inguinal poate persista canalul lui NUCK, vestigiu al unei prelungiri peritoneale, corespunzătoare vaginalei masculine.

III OBIECTIVE şi PRINCIPII

OBIECTIVELE intervenţiei sunt reprezentate de :

1. Suprimarea sacului herniar,
2. Tratamentul conţinutului sacular şi
3. Refacerea peretelui abdominal :

- în concepţia clasică, noul perete realizat trebuie să fie capabil să facă faţă solicitărilor tensionale din cavitatea peritoneală şi, astfel, să evite recidiva herniară ;
- în concepţia modernă, refacerea peretelui presupune restabilirea

anatomiei locale perturbate de procesul herniar, ceea ce va realiza condiţiile vindecării şi prevenirii recidivelor.

PRINCIPIILE care guvernează rezolvarea unei hernii sunt, până la un punct, comune ambelor concepţii referitoare la cura herniară :

- o cale de abord convenabilă, bine plasată şi suficient de largă pentru expunerea corectă a tuturor planurilor ;
- toate planurile şi elementele anatomice trebuie bine individualizate dar evitând decolările inutile ;
- abordul asupra sacului herniar este un timp principal, în raport cu care intervenţia evoluează ; el contractă cu elementele din zonă, numai aderenţe laxe : în cazul herniilor oblice externe, raporturile sacului cu elementele cordonului sunt imediate dar un plan de clivaj poate fi găsit în marea majoritate a cazurilor, fără a exclude şi situaţiile cu sac herniar foarte aderent de elementele anatomice ; mult mai limitate sunt raporturile dintre sac şi cordon în cazul herniilor directe ;
- sacul herniar va fi nu numai ligaturat dar şi rezecat, această rezecţie consituind pentru unii practicieni, tocmai elementul de radicalitate al curei chirurgicale de hernie ; există şi variante herniare în care sacul este redus fără a fi rezecat ;
- lipomul presacular trebuie rezecat întrucât el poate reprezenta factorul de amorsare a recidivelor ;
- se consideră că 75 % din totalul herniilor aparţin varietăţii inguinale, din care 50 % sunt oblice externe şi 25 % directe ;
- nu se poate vorbi de tehnici chirurgicale standard pentru hernie, acestea trebuind adaptate varietăţii herniare şi subiectului, cu toate datele sale : vârstă, calitate a ţesuturilor, boli asociate etc.
  - = În concepţia clasică, se vorbeşte de trei variante herniare : oblică externă, directă şi oblică internă, fiecare dintre acestea reclamând un anumit tip de refacere parietală.
  - = În concepţia modernă, care ia în considerare, mai ales, peretele posterior al canalului inguinal şi acordă o atenţie particulară fasciei transversalis în patogenia herniară şi în chirurgia acesteia, se vorbeşte de hernie indirectă şi directă, în timp ce hernia femurală este considerată ca o a treia variantă a herniilor inguinale ; în acelaşi timp, modalităţile de refacere herniară depind mai puţin de varianta anatomică şi, mai ales, de volumul herniei şi de calibru orificiului inguinal profund ;
- cura chirurgicală a herniilor reprezintă unul dintre criteriile de

apreciere a condiţiilor de asepsie ale unui serviciu chirurgical.

IV INDICAŢII şi CONTRAINDICAŢII

INDICAŢIILE curei chirurgicale herniare pot fi :

1. Absolute :
   - herniile complicate (strangulare, ocluzie herniară, peritonită şi tuberculoză sacular, corpii străini intrasaculari, traumatismele şi tumorile herniare),
   - herniile recidivate,
   - herniile cu anomalii de migrare a testiculului, acestea din urmă obligând la rezolvare precoce.
2. Relative :
   - herniile simple, fără tulburări subiective, la copil şi la vârstnicul înaintat,
   - herniile bilaterale,
   - herniile voluminoase,
   - herniile ireductibile dar bine suportate,
   - herniile cu hidrocel concomitent.

☞ **Credem că în condiţiile chirurgiei moderne, cura chirurgicală a herniei trebuie să fie regula, întrucât, prin evoluţie, orice hernie devine simptomatică şi se poate complica în orice moment, trecând dintr-o indicaţie relativă în una absolută. Abţinerea de la intervenţie trebuie să reprezinte numai excepţia în indicaţie, bine justificată de anumite situaţii.**

CONTRAINDICAŢIILE sunt rare şi legate de condiţiile generale ale subiectului : prostatici depăşiţi, tuşitori cronici, caşectici, ascitici etc.

V PREGĂTIRE PREOPERATORIE

Pregătirea generală vizează indicaţiile absolute, când aceasta trebuie să fie de scurtă durată şi energică, în raport cu situaţia de fapt : ocluzie sau peritonită, pentru asigurarea unui echilibru funcţional minim ca şi tratamentul suferinţelor organice existente. În realitate, o hernie complicată reprezintă o urgenţă absolută, în care intervenţia operatorie face parte dintre măsurile principale ale reanimării.

Pregătirea locală :

1. O menţiune specială aparţine herniilor voluminoase, cu pierderea dreptului la domiciliu, care necesită o pregătire specială, pe durata a 1-3 săptămâni ; ea se adresează măsurilor de redresare a raportului dintre capacitatea abdominală şi cea toracică, alterat de masa intestinală aflată în sacul herniar, ceea ce poate induce, pe lângă dificultăţi deosebite de

reîntegrare a conţinutului herniar în cavitatea peritoneală şi complicaţii cardio-vasculare şi respiratorii. Pentru realizarea acestui deziderat, se preconizează fie menţinerea bolnavului, în mod progresiv şi pe perioade de timp din ce în ce mai lungi, în poziţie TRENDELENBURG, fie realizarea repetată a unui pneumo-peritoneu (după metoda GONI MORENO), cu volume de aer din ce în ce mai mari, cu supravegherea strictă a evoluţiei modificărilor cardiace, vasculare şi respiratorii, ca şi a ameliorării reducerii conţinutului herniar.

2. Unele hernii voluminoase trebuie să pună chirurgului, cel puţin cu titlu de rezervă, problema unor rezecţii intestinale sau colice, ceea ce presupune pregătirea intestinală corespunzătoare ca şi utilizarea unei căi abdominale de rezolvare a timpului intestinal.

VI ANESTEZIE

Rezolvarea unei hernii se poate duce la bun sfârşit sub toate modalităţile de anestezie : **LOCALĂ, DE CONDUCERE sau GENERALĂ.** Chirurgul şi anestezistul reanimator, în acord perfect, vor alege modalitatea cea mai convenabilă cazului dat şi, la nevoie, vor aduce corecturile sau completările necesare. În general, aplicăm anestezia generală copilului, cea de conducere adultului şi locala pentru vârstnic, fără a face din această atitudine un principiu imuabil.

☞ **Întrucât, pentru majoritatea chirurgilor noştri, cura herniară este legată de folosirea RAHIANESTEZIEI, tehnică pe care o considerăm una de prioritate românească, atât prin cei care au iniţiat-o, promovat-o sau perfecţionat-o, cât şi prin frecvenţa cu care este utilizată, prezentăm aici, câteva elemente din practica şi experienţa noastră rahianestezică.**

Rahianestezia se recomandă prin elementele sale particulare :

- tehnică anestezică simplă şi expeditivă care poate fi însuşită de orice chirurg ;
- asigură o calitate deosebită, cu suprimarea sensibilităţii, a motilităţii şi cu un grad de relaxare musculară remarcabile ;
- se instalează rapid şi durează un timp suficient pentru realizarea unor intervenţii de durată mijlocie ;
- se pretează pentru o foarte largă paletă de intervenţii şi, mai ales pentru abdomenul inferior ;
- este deosebit de ieftină şi realizabilă în orice serviciu chirurgical ;
- nu este grevată de complicaţii particulare ;

- nu suprimă conştiinţa bolnavului şi permite o legătură directă cu chirurgul;
- este uşor de supravegheat ; nu obligă anestezistul la prezenţa permanentă la capul bolnavului etc.

Sigur că rahianestezia are şi unele dezavantaje :

- nu poate fi aplicată la bolnavii hipotensivi ;
- nu permite intervenţii de durată foarte mare ;
- nu se pretează întotdeauna pentru operaţii ale etajului abdominal superior ;
- poate determina accidente reflexe sau anafilactice ;
- determină furtuna rahianestezică, uneori destul de marcată şi neplăcută pentru bolnav şi pentru chirurg ;
- poate induce mari decalaje ale tensiunii arteriale, periculoase pentru anumiţi bolnavi, şi mai ales pentru coronarieni şi vasculari ;
- poate induce cefaleea postrahianestezică, de etiologie încă neprecizată, destul de capricioasă în apariţie şi de intensitate şi durată foarte variabile ;
- nu poate fi aplicată la bolnavii cu afecţiuni ale coloanei sau cu deformări importante ale acesteia, etc.

☞ **În ce ne priveşte, noi ne-am însuşit într-un înalt grad tehnica rahianestezică, o realizăm în orice poziţie, eşuăm rareori şi o preferăm pentru o bună parte a bolnavilor noştri. Subliniem că prezenţa anestezistului poate ameliora foarte mult această tehnică şi impactul acesteia asupra bolnavului, motiv pentru care noi, acordând ceea ce se cuvine colegului anestezist, am denumit (mai în glumă, mai în serios !) RAHIANESTEZIE ÎNNOBILATĂrahianestezia realizată de chirurg dar asistată de anestezist. Acesta poate interveni, cu propria experienţă, în mod activ şi competent, cu doze mici de droguri diverse pe care le ştie numai el, pentru ameliorarea calitativă sau ştergerea unora dintre neajunsurile rahianesteziei. În acest mod, chiar dacă nu vom întruni aprobarea unora dintre colegi, în multe situaţii am putut realiza, în foarte bune condiţii, intervenţii de amploare (stomac, vagotomii, splenectomii, colecistectomii, colectomii etc), mai ales la bolnavii la care am considerat că o anestezie generală poate fi mai riscantă.**

☞ **În tehnica noastră :**

- După o preanestezie de calitate, din care nu lipseşte analgeticul major, antihistaminicul şi vagoliticul,

- Folosim, aproape în exclusivitate (sigur impusă de absenţa altor substanţe !), xilina în concentraţie mică, 2% şi în doze între 60 -100 mgr, după masa subiectului. Avem convingerea că substanţa nervoasă are o limită de " încărcare " cu substanţă anestezică, surplusul intrând în circuitul lichidului cefalo-rahidian şi contribuind la tulburările rahianestezice cunoscute. În consecinţă nu folosim doze maximale de substanţă.
- Nu rămânem niciodată, mai ales în condiţiile de urgenţă, doar cu o singură asistentă sau soră în sala de operaţie.
- Ne vom asigura din timp contactul cu medicul anestezist ; în caz contrar vom amâna intervenţia până în momentul în care acesta poate fi disponibil.
- Asigurarea unei vene puncţionate şi a perfuziei cu ser fiziologic sau soluţie de glucoză 5% este obligatorie pentru orice bolnav, indiferent de afecţiune şi durata intervenţiei.
- Urmărirea T.A., a pulsului şi aprecierea corectă a înălţimii nivelului atins sunt de mare importanţă şi personalul sălii de operaţie trebuie să fie familiarizat cu urmărirea corectă şi sistematică a anesteziei rahidiene. Sesizarea unor situaţii alarmante sau îngrijorătoare trebuie să se producă din vreme, nu odată cu apariţia stopului respirator sau cardiac, când nu vom şti ce să facem mai întâi : să administrăm un medicament, să alergăm după anestezist, să repunem o perfuzie în stare de funcţionare, să asigurăm resuscitarea cardio-respiratorie ş.a.m.d.
- Toate aceste măsuri, fără nimic spectaculos în fond şi formă, minimalizează incidentele rahianestezice şi dau valoare tehnicii anestezice.

VARIANTE :

- RAHIANESTEZIA DIRIJATĂ utilizează soluţii anestezice sigur hiperbare (procaină 8 % - 120 mgr + 0,5 ml soluţie de glucoză 20%, în experienţa noastră) iar înclinarea mesei de operaţie imprimă deplasarea soluţiei şi prinderea prioritară a unor teritorii. Cunoaşte două modalităţi mai frecvent utilizate :
  - ✻ **Rahianestezia unilaterală sau hemirahianestezia**
    - » puncţia rahidiană se realizează pe bolnavul aflat în decubit lateral (de aceeaşi parte cu leziunea de operat), cu masa înclinată în poziţie FOWLER de 30^0 faţă de orizontală ;
    - » se menţine această poziţie cca 3 - 5 minute, după care

bolnavul se plasează în decubit dorsal comun, cu păstrarea unui grad oarecare de înclinare a mesei ;

» rahianestezia realizată este net unilaterală şi poate fi controlată din punct de vedere al sensibilităţii şi motilităţii ;

» chiar dacă, în minutele următoare, rahianestezia va cuprinde şi cealaltă jumătate a corpului, se vor menţine diferenţe semnificative de intensitate ;

» acest tip de anestezie are multiple avantaje :

- convine tuturor afecţiunilor cu pronunţat caracter unilateral : hernie, apendicită, varicocel, hidrocel, epididimite, varice, abcese, amputaţii, dezarticulaţii, halux valgus etc
- convine tinerilor şi, mai ales, bolnavilor vârstnici şi taraţi ;
- este de aceeaşi calitate cu anestezia rahidiană comună ;
- furtuna, ca şi hipotensiunea rahianestezică sunt mai rare şi de intensitate mult redusă ;
- reluarea micţiunii spontane este precoce (la cca 4 - 6 ore) iar retenţia urinară este aproape absentă ;
- pareza intestinală este mai redusă şi reluarea tranzitului digestiv apare mai precoce iar
- cefaleea postrahianestezică este absentă sau de intensitate mult redusă.

* **Rahianestezia " în şea "** sau **caudală** este a doua formă de rahianestezie dirijată :

» puncţia rahidiană se practică pe bolnavul în poziţia obişnuită ;

» se foloseşte aceelaşi amestec anestezic ;

» bolnavul rămâne 3 -5 minute în poziţie şezândă ; apoi,

» bolnavul se culcă în decubit dorsal cu uşoară înclinare a mesei în FOWLER.

» Şi acest tip de anestezie se bucură de unele avantaje nete :

- convine tuturor intervenţiilor perineale : hemoroizi, abcese perianale, fistule, fisuri anale etc.
- este o anestezie de bună calitate ;
- furtuna şi hipotensiunea lipsesc sau au manifestări

larvate ;
- retenţiile urinare sunt absente ;
- tulburările de tranzit sunt rare sau de intensitate redusă ;
- cefaleea postrahianestezică este absentă sau frustă.

VII INSTRUMENTAR

COMUN - trusa pentru intervenţii mijlocii ;

SPECIAL - nimic deosebit ; eventual, instrumentar special pentru exerezele intestinale (pense de coprostază) sau echipamentul pentru cura herniară pe cale coelioscopică etc.

VIII DISPOZITIV OPERATOR

BOLNAVUL - în decubit dorsal comun, cu un membru superior pregătit pentru perfuzie şi tensiometru ;

ECHIPA OPERATORIE :

1. Operatorul - de aceeaşi parte cu leziunea ;
2. Ajutorul - în faţa operatorului.

IX TEHNICĂ

Cura chirurgicală pentru hernie inguinală oblică externă, necomplicată, procedeu prefunicular, artificiul KIMBAROVSCHI, la bărbat

A. INCIZIA se plasează la 1 cm deasupra şi paralel cu arcada crurală sau urmând bisectoarea unghiului dintre arcadă şi marginea externă a dreptului abdominal, mai lungă sau mai scurtă în raport cu talia bolnavului, grosimea panicululuí adipos şi volumul herniar (în general, 5 - 8 cm sunt suficienţi, dacă socotim lungimea normală a canalului inguinal la bărbat, de cca 4,5 - 5 cm) ; incizia interesează pielea, ţesutul celular subcutanat, până la aponevroza marelui oblic, care apare lucioasă, strălucitoare, sidefie, cu structură caracteristică.

B. DESCHIDEREA CANALULUI INGUINAL se face prin peretele anterior, respectiv prin secţiunea aponevrozei marelui oblic, chiar în axul inciziei cutanate, cu desfiinţarea orificiului inguinal superficial ; reperajul buzelor aponevrotice cu câte una sau două pense cu dinţi.

C. IZOLAREA ŞI TRATAREA SACULUI HERNIAR presupune :

1. Secţiunea sau disocierea cremasterului.

2. Secţiunea sau disocierea fibroasei comune, în lungul fibrelor, pune în evidenţă sacul herniar ; în unele situaţii, manevra poate fi facilitată de luxarea şi încărcarea pe deget a cordonului spermatic, manevră neobligatorie în cazul herniilor oblice externe.

3. Odată sacul herniar reperat, acesta este prins în mai multe pense tractoare şi, fie intact, fie deschis şi cu un deget introdus în interior (manevră clasică, desemnând gesturi asemănătoare : " disecţia pe deget, ca la un sac herniar "), se eliberează pe toată lungimea sa, până la colet, folosind compresa de tifon, pensele fine sau foarfecele boante ; disecţia are în vedere desprinderea sacului de elementele cordonului şi, în general, dacă se găseşte planul de clivaj corect, aceasta decurge exsang ; micile vase venoase întâlnite trebuie atent ligaturate sau cauterizate, în caz contrar, hemoragia din câmpul operator va împiedica un mers favorabil al intervenţiei sau, în perioada postoperatorie va deveni sursă de complicaţii, realizând ceea ce se numeşte " pedicului hematomului " (JUVARA).

4. Timpul de disecţie şi izolare a sacului herniar trebuie însoţit (dacă este cazul) şi de extirparea lipomului presacular, după ligatură transfixiantă la bază, întrucât acesta poate amorsa recidiva herniară, mai ales dacă este voluminos.

5. Timpul sacular se încheie cu ligatura transfixiantă, la nivelul bazei sau coletului sacular, şi cu rezecţia propriu-zisă a acestuia, păstrând un bont suficient şi sigur ; odată cu tăierea firului de ligatură a sacului, acesta se retractă şi iese din câmpul operator imediat ; ligatura şi secţionarea sacului au loc numai după

D. CONTROLUL CONŢINUTULUI SACULAR este un timp obligatoriu de care trebuie să ne folosim pentru că, pe de o parte ne poate da relaţii asupra cavităţii peritoneale (ascită, carcinomatoză etc.) iar pe de alta ne avizează despre organul herniat şi relaţiile acestuia cu sacul (aderenţe, alunecare etc) ; în plus, cu sacul deschis, aplicarea firului de ligatură se poate face la vedere, evitând interceptarea accidentală a unor elemente aderente.

E. REFACEREA PERETELUI ABDOMINAL reprezintă unul dintre timpii esenţiali ai intervenţiei, cel care previne - în cel mai înalt grad - recidiva şi care generează discuţii (încă actuale) asupra procedeelor herniare. De fapt, chirurgul are la dispoziţie aceleaşi elemente anatomice dar pe care le va considera şi utiliza în mod diferit, la care poate adăuga, eventual, elemente aloplastice.

Acest timp presupune :

1. Punerea în evidenţă şi prepararea corectă şi atentă a tuturor elementelor anatomice, respectiv : aponevroza marelui oblic, tendonul conjunct, arcada crurală, fascia transversalis.

2. Trecerea firelor de plastie parietală apelează la **artificiul KIMBAROVSCHI,** pe care îl descriem pe larg :

☞ **În fapt este vorba de " acoperirea-manşonarea-învelirea " tendonului conjunct, nu întotdeauna bine reprezentat, cu aponevroza marelui oblic, ceea ce face ca firul de sutură să nu taie fibrele musculare ale conjunctului şi, deziderat important, odată cu strângerea firului, să se realizeze o juxtapunere de ţesuturi asemănătoare - aponevroză la aponevroză - care va garanta o cicatrice mai solidă ; acest artificiu poate fi folosit pentru toate procedeele herniare şi chiar pentru hernia crurală :**

- acul cu fir montat (nylon sau bumbac nr. 5 sau 7), pătrunde prin aponevroza marelui oblic (pusă moderat sub tensiune), la cca 2 cm de marginea ei,
- încarcă tendonul conjunct şi
- revine la aponevroza marelui oblic, exteriorizându-se prin buza acesteia, pe care o străbate dinspre faţa profundă către cea superficială. Odată cu strângerea firului, manşonarea tendonului conjunct devine evidentă şi realizează dezideratele enunţate.

3. Mai departe, trecând peste cordonul spermatic, pe care ajutorul îl îndepărtează cranial, descoperind faţa concavă a arcadei crurale, acul cu fir o încarcă, prin însăilare, dinspre buza posterioară către marginea liberă, pe toată înălţimea, păstrându-se în contact strict cu ea, pentru a nu leza vasele de sub arcadă şi cu grija de a păstra direcţia firului.

4. Se trec, în modul arătat, în total 3 -5 fire, în raport cu lungimea traiectului inguinal, primul fir aflându-se plasat la 0,8 - 1 cm de spina pubisului (funcţie de calibrul cordonului spermatic), la distanţă de 1,2 -1,5 cm între acestea ; înainte de strângerea definitivă a primului fir, cel dinspre spina pubisului, trebuie să facem o probă de " calibrare " a orificiului superficial nou creat şi, după caz, să-l repoziţionăm în sensul dorit, acesta fiind firul capital pentru plastia prefuniculară.

F. SUTURA PANICULULUI ADIPOS şi

G. SUTURA PIELII încheie intervenţia chirurgicală.

X VARIANTE TEHNICE

C. Manevra BARKER constă în fixarea bontului sacular, îndărătul tendonului conjunct, cu ajutorul firului de ligatură a sacului.

Sacul herniar, bine individualizat şi izolat se poate reduce fără ligatură şi rezecţie, mai ales în cazul sacului cu colet larg din herniile prin alunecare şi cele directe.

E. REFACEREA PERETELUI ABDOMINAL prilejuieşte cele mai numeroase variante şi, din acest punct de vedere, chirurgul poate aplica un procedeu clasic sau unul modern.

ÎN ATITUDINEA CLASICĂ, refacerea peretelui abdominal pune în contact aceleaşi elemente anatomice, în diverse maniere, contând mai puţin pe refacerea anatomiei dezorganizate de procesul herniar, şi mai mult pe realizarea unui ecran musculo-aponevrotic capabil să facă faţă presiunii care acţionează din cavitatea peritoneală asupra peretelui abdominal.

☞ **Este adevărat că punerea în contact a elementelor anatomice ale regiunii, uneori slab reprezentate (tendonul conjunct) şi destul de depărtate, realizează o stare de tensiune deosebită în peretele nou creat (dealtfel şi reclamă un fir foarte gros şi rezistent) şi trebuie să mărturisim deschis că, de cele mai multe ori, operatorul este satisfăcut doar atunci când, palpând peretele refăcut şi "plastia" realizată, sesizează "soliditatea" şi duritatea peretelui nou creat. Foarte probabil că această stare de tensiune asupra elementelor anatomice aduse într-un contact forţat, care nu mai conferă nici o şansă funcţională structurilor respective, poate fi unul dintre elementele importante generatoare ale recidivei.**

În această concepţie, există mai multe variante de plastie herniară :

1. Procedee care desfiinţează traiectul inguinal şi
2. Procedee care refac traiectul inguinal.

1. **Procedeele care desfiinţează traiectul inguinal** pot fi, la rândul lor

a. **PROCEDEE PREFUNICULARE**, cele care desfiinţează traiectul inguinal şi orificiul său profund, plasând toate elementele de plastie, contopite, înaintea cordonului spermatic, ; presiunea abdominală se va exercita departe de locul de exteriorizare a herniei (orificiul inguinal profund, desfiinţat) şi anume la nivelul orificiului inguinal superficial refăcut şi calibrat pentru trecerea cordonului spermatic spre scrot şi asupra unui plan dur, simfiza pubiană, ceea ce poate reprezenta un element de prevenire a recidivei ; procedeele

prefuniculare convin mai ales herniilor oblice externe ; dintre procedeele prefuniculare amintim :

* **procedeul KIMBAROVSCHI**, descris ;
* **procedeul FORGUE**, cel care reface peretele abdominal înaintea cordonului spermatic dar în două planuri :
  » unul reprezentat de tendonul conjunct suturat la buza posterioară a arcadei crurale şi
  » cel de al doilea, suturând restul arcadei crurale la buza aponevrozei marelui oblic ;
* **procedeul MARTÂNOV**, în care se suturează în bloc, toate planurile : tendon conjunct şi aponevroză a marelui oblic la arcada crurală etc.

b. **PROCEDEELE RETROFUNICULARE** desfiinţează, de asemeni, traiectul inguinal, apropie cei doi pereţi, anterior şi posterior, dar desfiinţează orificiul inguinal superficial, planurile de plastie suturându-se îndărătul tendonului spermatic ; liniile de forţă vor acţiona departe de zona slabă a peretelui abdominal, şi anume în dreptul orificiului inguinal profund recalibrat ; cordonului spermatic rămâne plasat superficial, sub piele, situaţie lipsită de inconveniente dacă avizăm bolnavul asupra deformării persistente de la acest nivel. Dintre toate procedeele retrofuniculare, cel mai folosit rămâne

* **procedeul POSTEMPSCHI**, în care tendonul conjunct şi aponevroza marelui oblic se suturează la arcada crurală într-un singur plan, îndărătul cordonului ;

În procedeele retrofuniculare atenţia noastră trebuie să se îndrepte în mod deosebit asupra orificiului inguinal profund, care trebuie bine recalibrat şi unde se pot realiza diferite şicane intraparietale pentru cordonul spermatic ;

Procedeele retrofuniculare convin mai ales herniilor directe sau directizate.

☞ **Şi în această formă de plastie, autorul utilizează artificiului KIMBAROVSCHI, care ne-a oferit satisfacţie deplină.**

2. **Procedeele care refac traiectul inguinal** plasează - în fapt - cordonul spermatic între două planuri parietale şi păstrează cele două orificii canalare. Dintre procedeele respective,

* **procedeul BASSINI** este cel mai frecvent folosit, într-o mare majoritate a unor servicii, deşi este acreditat cu un procent mare de recidive ; el realizează :
  » un plan retrofunicular, suturând tendonul conjunct la buza posterioară a arcadei crurale şi

» un al doilea plan, prefunicular, suturând buza distală a aponevrozei marelui oblic la buza anterioară a arcadei crurale ;
» se reface calibrat, orificiul inguinal superficial, în dreptul spinei pubisului, în timp ce
» orificiul inguinal profund rămâne sub forma unei crose limitate la partea internă de tendonul conjunct suturat la buza posterioară a arcadei crurale ;

Acest procedeu, cu largă răspândire, utiliza, în forma iniţială, şi fascia trensversalis şi ligamentul COOPER, elemente care au fost abandonate pe parcurs. În realitate, forţele divergente care acţionează asupra arcadei crurale ca şi calitatea sau slaba reprezentare a unor elemente anatomice (tendonul conjunct la vârstnici, spre exemplu) creează premisele recidivei.

* **procedeul HACKENBRUCK** foloseşte pentru planul posterior numai aponevroza marelui oblic, nu şi tendonul conjunct şi suturează anterior acrada crurală la aponevroza marelui oblic.

ÎN ATITUDINEA MODERNĂ, principiul de bază vizează refacerea anatomiei perturbate de procesul herniar, acordând o atenţie particulară peretelui posterior al canalului şi orificiului inguinal profund, pe baza refacerii fasciei transversalis şi structurilor apartenente de aceasta, care trebuie suturate numai între ele, nefiind acceptată punerea în contact a structurilor anterioare cu cele posterioare.

Şi în această modalitate de a privi lucrurile, se consideră că un singur procedeu herniar nu poate satisface toate cazurile dar diferenţierea acestora se conduce după alte criterii Astfel :

- În herniile indirecte (oblice externe) mici, capitală este refacerea orificiului profund. Aceasta presupune, după ligatura cât mai înaltă a sacului herniar şi rezecţia lui, sutura calibrată a fasciei transversalis în jurul elementelor cordonului spermatic, după rezecţia completă a cremasterului.
- În herniile indirecte voluminoase, ca şi în cele directe, este necesară refacerea întregului perete posterior. Astfel :
  * **Procedeul SHOULDICE** (după numele celui care a creat în Toronto un spital specializat în tratamentul herniilor şi în care metoda sa este creditată, pe zeci de mii de cazuri, cu un procent de recidive de numai 0,6 %, denumit şi "varianta modernă a procedeului BASSINI"), implică refacerea canalului în patru planuri suprapuse, ceea ce

presupune :

» deschiderea canalului inguinal şi luxarea cordonului spermatic în câmpul operator ;

» urmează rezecţia cremasterului în totalitate şi

» disecţia-ligatura-rezecţia, cât mai înaltă, a sacului herniar ;

» se pune în evidenţă fascia transversalis, se detaşează de structurile profunde şi se secţionează pe toată lungimea canalului inguinal ;

» refacerea peretelui posterior implică realizarea a două planuri posterioare, prin sutura fasciei transversalis, în rever, cu ajutorul unui surjet subţire (fir de oţel în tehnica originală), dus-întors, fără tensiune, cu atenţie pentru recalibrarea orificiului profund. Peste acest dublu plan,

» urmează al treilea, realizat prin sutura tendonului conjunct la buza posterioară a arcadei crurale ; în sfârşit,

» al patrulea plan, prefunicular de data aceasta, presupune sutura simplă sau în rever, a aponevrozei marelui oblic la arcada crurală, cu sutură în surjet simplu sau dus-întors, cu corecta recalibrare a orificiului inguinal superficial pentru trecerea cordonului spermatic spre scrot.

* În **tehnica McVAY** marginea transversului abdominal şi fascia transversalis sunt suturate la ligamentul lui COOPER, în planul posterior.

◆ Inciziile de relaxare, realizate pe seama foiţei anterioare a tecii dreptului abdominal, pot fi necesare pentru a reduce tensiunea planurilor puse în contact.

◆ Pentru herniile directe poate fi folosită calea properitoneală (NYHUS), care permite sutura, în bune condiţii, a transversului abdominal şi a fasciei transversalis la ligamentul lui COOPER.

◆ Cura chirurgicală a herniilor pe cale laparoscopică, din ce în ce mai folosită în unele servicii, se bucură de aprecierea unanimă a specialiştilor.

În afara procedeelor amintite, există şi **ALTE VARIANTE**, unele de interes istoric :

◆ procedee speciale, cu transpoziţia cordonului spermatic, SCHMIEDEN, MARIN POPESCU etc.

- procedeele la femeie nu ţin seama de ligamentul rotund ;
- în cazurile de hernie cu hidrocel, se impune rezolvarea concomitentă a hidrocelului ;
- de asemeni, procedeele care rezolvă concomitent şi anomaliile de migrare testiculară trebuie avute în vedere ;
- herniile inguino-scrotale voluminoase pot să reclame, pentru rezolvarea lor, nu calea inguinală ci laparotomia ;.
- procedeele plastice cu : piele, aponevroză şi, mai ales în ultima vreme, plase sintetice, bine tolerate de organism, cunosc o dezvoltare deosebită ;
- în herniile strangulate, pentru eliberarea şi disecţia sacului este necesară KELOTOMIA, secţiunea inelului de strangulare, care trebuie făcută cranial, cu mare prudenţă ; hernia strangulată impune uneori, rezolvarea - după caz - a conţinutului sacular afectat : rezecţie de epiploon, de intestin etc., fiind necesară, în anumite situaţii, laparotomia complimentară ;
- Cazurile speciale :
  - * calea abdominală, cu sutura orificiului herniar pe această cale, devine absolut necesară pentru evitarea unor complicaţii postoperatorii care pot surveni în cadrul altor intervenţii chirurgicale : ocluzii, peritonite etc.;
  - * herniolaparotomiile pot fi necesare uneori, pentru lărgirea câmpului operator, după necesităţi.

☞ **În decursul timpului, procedeele herniare imaginate şi descrise se cifrează la câteva sute dar, fără îndoială că multe dintre ele nu au rezistat probei timpului şi rămân simple menţiuni bibliografice. Ca orice practician, avem convingerea că modalităţile de rezolvare a unei hernii, cu care orice chirurg intră în specialitate, sunt deosebit de variate şi socotim că fiecare tehnician, pe măsura acumulării experienţei, adăugând sau renunţând la un detaliu de tehnică, realizându-l într-o manieră cât de cât diferită faţă de cel de la care şi l-a însuşit, defineşte - chiar fără s-o conştientizeze - un procedeu personal. În realitate, fiecare operator este " credincios " unui număr mic de procedee, pe care le practică cu convingerea că-i oferă cele mai bune rezultate.**

☞ **În ceea ce ne priveşte, rezervând procedeul BASSINI numai copiilor, experienţa ne-a făcut adepţii procedeelor care desfiinţează canalul inguinal ca atare, socotind că hernia**

oblică externă reclamă un procedeu prefunicular, în timp ce hernia directă, unul retrofunicular, inversarea celor două indicaţii demonstrând (pentru noi) o lipsă de orientare tactică. Susţinem însă şi recomandăm artificiul KIMBAROVSCHI, ca un element de foarte mare valoare pentru orice tip de plastie herniară, întrucât acesta ne-a dat satisfacţie deplină.

☞ **În ultima perioadă de timp, ne-am aplecat şi noi, din ce în ce mai mult, asupra procedeului SHOULDICE, în care nu putem afirma o experienţă concluzivă, grija noastră particulară ţinând însuşirea cât mai corectă a tehnicii. Şi totuşi ... avansăm credinţa că bunele rezultate ale acestui procedeu se datorează mai puţin dedublării fasciei transversalis şi, mai ales, refacerii peretelui anterior al canalului inguinal, cel care, în tehnicile clasice, asigură - fără dubii - realizarea un procent de intervenţii reuşite.**

XI INCIDENTE şi ACCIDENTE INTRAOPERATORII

Din ce în ce mai rare, odată cu perfecţionarea tehnică, se pot semnala :

- lezarea arterei epigastrice în timpul ligaturii saculare : rezultă un hematom extensiv neplăcut, care necesită izolarea şi ligatura vasului ;
- lezarea arterei femurale, reclamă tamponaj sau chiar sutură arterială ;
- secţiunea canalului deferent presupune o lipsă de atenţie din partea echipei de operatori şi poate antrena responsabilitatea chirurgului ;
- lezarea arterei diferenţiale este posibilă în cursul disecţiilor dificile şi impune ligatura ;
- lezarea arterei spermatice poate determina necroză testiculară ;
- unele viscere abdominale aderente de sacul herniar pot fi afectate şi reclamă măsuri în consecinţă ;
- lezarea unui corn vezical mai alungit, considerat drept lipom presacular, este citată ; accident minor dacă este sesizat intraoperator şi se iau măsurile cuvenite, respectiv sutura vezicii şi plasarea unei sonde vezicale pentru 10 -14 zile, devine o sursă de complicaţii severe postoperatorii dacă accidentul nu este sesizat în timpul operaţiei ;

- reducerea unei anse neviabile în abdomen se va trăda printr-o complicaţie în perioada următoare.

XII ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

ÎNGRIJIRILE POSTOPERATORII sunt comune ca pentru majoritatea intervenţiilor de mică amploare :

- Antialgicele majore sau banale au indicaţia bine precizată.
- Mobilizarea precoce este absolut necesară, ca şi
- Reluarea unei alimentaţii naturale.
- Pansamentele zilnice sau, mai bine, metoda fără pansamente, ne dau posibilitatea supravegherii plăgii operatorii în orice moment.
- Firele de sutură se scot la 5 - 6 zile, odată cu externarea bolnavului sau, pentru situaţiile cu evoluţie foarte favorabilă, după ieşirea acestora din spital.

XIII COMPLICAŢII POSTOPERATORII

Imediate :

- Hematomul scrotal survine în câteva ore, se datoreşte unei hemostaze neîngrijite în cursul disecţiei sacului şi nesezisată datorită unei eventuale hipotensiuni sub care bolnavul se afla ; hematomul poate fi impresionant prin dimensiuni şi poate impune reintervenţia de hemostază ; alteori, tratamentul hemostatic, repausul şi punga cu gheaţă reuşesc să stăpânească hematomul realizat care se va rezorbi în câteva săptămâni.
- Edemul scrotal şi penian poate surveni prin hematom compresiv sau prin lezarea venelor cordonului spermatic.

Precoce :

- Infiltraţia edematoasă a plăgii poate ceda la tratamentul rezolutiv local : comprese reci cu cloramină, pungă cu gheaţă etc.
- Edemul scrotal urmează unei jene la nivelul circulaţiei de întoarcere a cordonului, în cazurile refacerii unui orificiu inguinal superficial prea strâmt.
- Boala trombo-embolică, sub diverse forme clinice, de la tromboflebita frustă, banală şi până la accidentul major şi fatal, nu este foarte rară şi obligă chirurgul la măsuri preventive şi atenţie deosebită pentru a surprinde complicaţia cât mai precoce posibil.
- Complicaţiile respiratorii şi cardiace depind de contextul patologic pe care bolnavul îl prezintă.
- Supuraţia plăgii demonstrează lipsa asepsiei, a unei tehnici

nestăpânite ori a unei infecţii interioare.

Tardive :

- Necroza testicului poate surveni prin lezarea vaselor nutritive ; necesită excizie, debridare sau chiar orhiectomie, situaţie deloc neplăcută, cu cât subiectul este mai tânăr.
- Hidrocelul postoperator poate surveni prin dificultăţile circulaţiei de întoarcere, cu caracter de complicaţie sau cu accentuarea unui hidrocel preexistent dar ignorat.
- Atrofia testiculară atestă aceleaşi cauze de ischemie postoperatorie.
- Recidiva herniară nu este dintre cele mai rare şi recunoaşte mecanisme etiologice diverse care pot ţine atât de bolnav cât şi de chirurg : tactică, tehnică etc.

XIV SECHELE POSTOPERATORII

Destul de rare, se pot cita :

- Cicatricile vicioase, hipertrofice, dureroase.
- Edemul scrotal persistent sau hidrocelul postoperator se pot încadra în acest capitol.
- Herniile recidivate şi multirecidivate reprezintă un capitol cu problematică particulară.

XV REZULTATE, PROGNOSTIC

- Rezultatele chirurgiei herniare sunt bune, mortalitatea fiind foarte apropiată de zero. Când aceasta survine, cauzele de deces aparţin herniilor complicate sau unor cauze extraherniare.
- Prognosticul este favorabil, cu reintegrare absolută în mediul social, fără restricţii deosebite, ceva mai rezervat în cadrul herniilor multirecidivate.
- Recidivele marchează valori între 0,6 şi 20 %, cu mult mai frecvente decât în hernia crurală ; în fapt, statisticile referitoare la recidivele herniare sunt inegale şi cu multipli factori de eroare, marea majoritate a bolnavilor alegând, pentru rezolvarea recidivei, un alt chirurg.
- Se pare că tehnicile chirurgicale moderne, actuale, au redus mult din incidenţa recidivelor dar proba timpului trebuie să fie susţinută de realităţi.

12

CURA CHIRURGICALĂ A HERNIEI FEMURALE

I DEFINIŢIE

CURA CHIRURGICALĂ A HERNIEI FEMURALE este intervenţia care suprimă hernia cu această localizare şi condiţiile de recidivă.

(Vezi şi 11 - I)

II ANATOMIE CHIRURGICALĂ

REGIUNEA CRURALĂ are o formă triunghiulară, fiind delimitată de :

1. **Arcada crurală,**
2. **Marginea internă a muşchiului croitor** şi
3. **Relieful mijlociului adductor.**

În această regiune se realizează comunicarea dintre cavitatea abdominală şi coapsă, prin intermediul unui spaţiu bine definit, reprezentat de :

A. INELUL CRURAL, delimitat de :

1. **Arcada crurală,**
2. **Bandeleta ilio-pectinee** şi
3. **Ramura orizontală a pubisului,** pe creasta pectineală a căreia se inseră :
   a. ligamentul COOPER şi
   b. muşchiul pectineu.

Acesta este INELUL CRURAL AL ANATOMIŞTILOR, INELUL

CRURAL AL CHIRURGILOR fiind delimitat în afară, nu de bandeleta ilio-pectinee, ci de vena femurală.

În mod normal, inelul crural este închis de fibrele reflectate care emană din bandeleta ileo pectinee şi păşesc peste vena femurală, pentru a se insera pe ligamentul lui COOPER

B. SEPTUM CRURAL, dependent de fascia transversalis, întins între arcadă şi ligamentul COOPER, acoperă ca un diafragm inelul crural.

Mai departe, spre coapsă, inelul crural se prelungeşte cu

C. CANALUL CRURAL care, continuând un inel de formă triunghiulară, are şi el forma unei prizme triunghiulare, cu trei pereţi :

1. Anterior, format din **fascia cribriformis**,
2. Postero-extern, alcătuit din foiţa profundă a **fasciei femurale** care fuzionează cu fascia iliacă şi
3. Postero-intern, reprezentat de **fascia femurală** care acoperă pectineul, în drumul său către marginea externă a mijlociului adductor.

Canalul crural se deschide, prin vârful său, în

D. INFUNDIBULUL CRURAL, la nivelul TRIUNGHIULUI SCARPA, la locul unde safena internă se varsă în vena femurală, şi de aici se continuă cu TEACA VASELOR FEMURALE.

E. CONŢINUTUL canalului crural este reprezentat de :

1. Artera femurală, în afară,
2. Vena femurală în porţiunea mijlocie, şi
3. Limfatice, în treimea internă.

III OBIECTIVE şi PRINCIPII

OBIECTIVELE intervenţiei sunt reprezentate de :

1. Suprimarea sacului herniar,
2. Tratamentul conţinutului sacular şi
3. Refacerea unui perete capabil să evite recidivele herniare.

PRINCIPIILE care guvernează rezolvarea unei hernii :

- O cale de abord convenabilă, bine plasată şi suficient de mare pentru expunerea corectă a tuturor planurilor.
- Toate planurile şi elementele anatomice trebuie bine individualizate, fără decolări inutile.
- Abordul asupra sacului herniar este un timp principal. El contractă, cu elementele din zonă, numai aderenţe laxe, uşor de depăşit ; sacul va fi nu numai ligaturat dar şi rezecat, această rezecţie constituind, pentru unii practicieni, tocmai elementul de radicalitate al curei

chirurgicale de hernie.

- Lipomul presacular, ca atare, lipseşte în hernia crurală, el fiind reprezentat de unul dintre învelişurile sacului herniar.
- Nu se poate vorbi de tehnici chirurgicale standard pentru hernie, tehnica trebuind adaptată caracterelor herniare şi subiectului, cu toate datele sale : vârstă, calitate a ţesuturilor, boli asociate etc.
- Cura chirurgicală a herniilor reprezintă unul dintre criteriile de apreciere a condiţiilor de asepsie ale unui serviciu chirurgical.
- În concepţia modernă, hernia femurală este considerată ca a treia variantă a herniilor inguinale şi, în consecinţă, şi rezolvarea acesteia se apropie de aceea a a unor tipuri de herniil inguinale, respectiv de cele directe.

IV INDICAŢII şi CONTRAINDICAŢII

INDICAŢIILE curei chirurgicale herniare pot fi :

1. Absolute :
   = herniile complicate (strangulare, ocluzie herniară, peritonită şi tuberculoza saculară, corpii străini intrasaculari, traumatismele şi tumorile herniare),
   = herniile dureroase,
   = herniile recidivate (mai rare decât cele inguinale).
2. Relative :
   = herniile simple, fără tulburări subiective, la copil şi la vârstnicul înaintat,
   = herniile bilaterale,
   = herniile voluminoase,
   = herniile ireductibile dar bine suportate.

CONTRAINDICAŢIILE sunt rare şi legate de condiţiile generale ale subiectului : obezitate exagerată, prostatici depăşiţi, tuşitori cronici, ascitici, hernii simptomatice etc.

☞ **În ce ne priveşte, credem că, în condiţiile chirurgiei moderne, cura chirurgicală a herniei este regula, întrucât orice hernie devine simptomatică (hernia femurală este, în general, mai greu suportată) şi se poate complica, trecând dintr-o indicaţie relativă în una absolută, ceea ce nu este un factor neglijabil. Este mai corect să operăm o hernie în condiţii de programare, cu risc mult redus, faţă de o operaţie în condiţii de urgenţă. Abţinerea de la operaţie trebuie să reprezinte excepţia în**

indicaţie, bine justificată de anumite situaţii.

V PREGĂTIRE PREOPERATORIE

În pregătirea preoperatorie a bolnavului herniar nu se consemnează măsuri speciale, cu excepţia indicaţiilor absolute, când această pregătire trebuie să fie de scurtă durată şi energică, în raport cu situaţia de fapt : ocluzie sau peritonită, să asigure un echilibru funcţional minim ca şi realizarea unui tratament al suferinţelor organice existente. În realitate, o hernie complicată reprezintă o urgenţă absolută, în care intervenţia operatorie face parte dintre măsurile esenţiale ale reanimării.

- Faţa de herniile inguinale, herniile femurale sunt mai rar de dimensiuni care să pună probleme speciale de pregătire.

VI ANESTEZIE

Rezolvarea unei hernii se poate duce la bun sfârşit sub toate modalităţile de anestezie : **LOCALĂ, DE CONDUCERE sau GENERALĂ.** Chirurgul, de comun acord cu anestezistul reanimator, va alege modalitatea cea mai convenabilă şi, la nevoie, se vor aduce corecturile sau completărtile necesare, în raport cu subiectul pe care îl au de rezolvat.

☞ **În practica curentă, noi folosim anestezia generală pentru copil, anestezia de conducere pentru tânăr şi adult şi anestezia locală pentru vârstnic, fără a face din această alegere un principiu imuabil.**

VII INSTRUMENTAR

COMUN - trusa pentru intervenţii mijlocii ;

SPECIAL - acul REVERDIN ; eventual, instrumentar special pentru exerezele intestinale (pense de coprostază), aspiratorul, trusa de coeliochirurgie etc.

VII DISPOZITIV OPERATOR

BOLNAVUL - în decubit dorsal comun, cu un membru superior pregătit pentru perfuzie şi tensiometru ;

ECHIPA OPERATORIE :

1. Operatorul - de aceeaşi parte cu leziunea ;
2. Ajutorul - în faţa operatorului.

IX TEHNICA

Cura chirurgicală de hernie femurală necomplicată, pe cale inguino-crurală, artificiul KIMBAROVSCHI, la femeie.

A. INCIZIA este inguinală, identică cu incizia pentru hernia inguinală, plasată paralel şi la cca 2 cm desupra arcadei crurale sau, mai corect, ca bisectoare a unghiului dintre arcada crurală şi marginea externă a dreptului abdominal.

☞ **În realitate este vorba de un abord inguino-crural, de preferat întrucât în desfăşurarea intervenţiei chirurgicale, unii timpi ai intervenţiei sunt mai uşor de realizat pe cale crurală, în timp ce alţii pot duşi la bun sfârşit pe cale inguinală.**

B. DESCHIDEREA CANALULUI INGUINAL se realizează prin secţiunea aponevrozei marelui oblic.

C. IZOLAREA şi TRATAREA SACULUI HERNIAR :

1. Sacul herniar crural trebuie descoperit şi izolat prin disecţie sub arcada crurală, pusă uşor sub tensiune de pensele aplicate pe buza acesteia, în ţesutul celular al triunghiului SCARPA.
2. Sacul herniar este mai puţin voluminos decât cel din hernia inguinală dar are mai multe învelişuri, respectiv :
   = fascia superficială grăsoasă,
   = fascia cribriformis,
   = ţesutul celular profund al canalului crural,
   = septul crural,
   = ţesutul celular subperitoneal şi,
   = peritoneul devenit sac herniar.
3. După ce sacul a fost izolat corect de planurile înconjurătoare, fiecare înveliş este clivat până se ajunge la sacul propriu-zis ; manevra se poate solda cu o oarecare sângerare care se poate stopa în mod obişnuit, după care sacul se va deschide ; deschiderea sacului facilitează disecţia acestuia până la nivelul coletului, controlul cavităţii peritoneale şi aprecierea lărgimii orificiului herniar ; în anumite situaţii, pentru facilitarea timpului sacular, arcada crurală poate fi secţionată transversal, urmând ca odată cu elementele de plastie parietală, aceasta să fie refăcută, cu toate că (pentru noi !) arcada nu are o valoare particulară în plastia herniei crurale, aşa cum se întâmplă în hernia inguinală.
4. Ligatura, cu fir transfixiant, la bază, şi rezecţia sacului, urmează numai după

D. VERIFICAREA CONŢINUTULUI HERNIAR.. Credem că şi în situaţiile în care sacul herniar este gol de conţinut, o explorare cât de sumară, mai ales la subiectul vârstnic, nu poate fi lipsită de interes, explorarea digitală sau vizuală putându-ne da unele relaţii valoroase (neoplasme, metastaze peritoneale, ascită etc.).

E. REFACEREA PERETELUI ABDOMINAL este, un timp esenţial, care previne recidiva (mult mai rară în hernia crurală) şi care diferenţiază, în cel mai înalt grad, procedeele herniare ; ea presupune :

1. Prepararea şi evidenţierea corectă a tuturor elementelor anatomice care vor participa la plastia parietală : aponevroza marelui oblic, tendonul conjunct şi ligamentul COOPER ; de remarcat că după ligatura-secţiunea sacului, reducerea bontului sacular lasă ligamentul COOPER descoperit şi acesta poate fi reperat în cele mai bune condiţii, dar - de data aceasta - nu prin manevre crurale ci inguinale.
2. Trecerea firelor :
   - = îndepărtarea tendonului conjunct în sens cranial şi a venei femurale în afară, lărgeşte spaţiul de acces asupra ligamentului COOPER ;
   - = în timp ce ajutorul protejează planurile profunde cu ajutorul unui tampon montat într-o pensă, operatorul străbate ligamentul lui COOPER, dinainte înapoi, cu un ac REVERDIN încărcat cu fir (nylon 5 sau 7), perfect stăpânit, în aşa fel încât să evite " scăparea " instrumentului în profunzime ; după ce ligamentul a fost străbătut în limitele strict necesare, acul se deschide, se scoate firul, se închide acul gol şi se retrage ; pensă de aşteptare pe capetele firului. Se trec în total, două sau trei fire, în raport cu calibrul orificiului herniar, având o atenţie deosebită ca firul dinspre vena femurală să nu devină jenant pentru aceasta.
3. Capetele proximale ale firelor se trec prin aponevroza marelui oblic care acoperă tendonul conjunct (vezi artificiul KIMBAROVSCHI), urmând drumul invers firului din plastia inguinală : buza aponevrozei, tendonul conjunct şi din nou aponevroză, la cca 2 cm deasupra buzei ; capătul distal al firelor se trece prin arcada crurală secţionată sau nu, întocmai ca la plastia inguinală.
4. Strângerea şi înnodarea firelor se face începând cu firul cel mai delicat, cel dinspre vena femurală (dacă se rupe poate fi replasat fără risc), cu mişcări bine dozate şi progresive, fără a uita că distanţa dintre elementele anatomice puse în contact, respectiv tendonul conjunct şi ligamentul COOPER, este ceva mai mare decât în cazul herniei

inguinale.

F. CONTROUL ÎNCHIDERII INELULUI CRURAL coincide cu controlul strângerii firelor, cu atenţie specială pentru firul dinspre vena femurală care, prost plasat, o poate comprima.

G. CONTROLUL HEMOSTAZEI, CAPITONAJUL şi SUTURA PIELII încheie intervenţia chirurgicală.

X VARIANTE TEHNICE

A. INCIZIA poate fi diferită şi, din acest punct de vedere putem vorbi de

1. Incizii pure, inguinale sau femurale :
   a. incizia inguinală clasică (descrisă) ;
   b. incizia crurală plasată sub arcadă şi paralel cu aceasta ;
2. Inciziile combinate, inguino-crurale, pot părea - cel puţin teoretic - mai convenabile :
   a. incizia inguino-crurală poate fi perpendiculară pe arcadă, cu o treime deasupra şi două treimi sub aceasta. În fapt, o cicatrice perpendiculară pe direcţia naturală de flexie din zonă, poate avea unele neajunsuri ;
   b. în unele procedee, dacă ne aflăm într-o incizie inguinală, după reducerea conţinutului sacular şi izolarea saculţui, acesta se poate inguinaliza, trecându-se pe sub arcadă, în planul inguinal.

În realitate, chiar dacă linia de incizie şi abord poate fi denumită inguinală sau crurală, desfăşurarea intervenţiei are loc în ambele planuri :

= crural, pentru izolarea şi tratarea sacului şi
= inguinal, pentru descoperirea ligamentului COOPER şi restul timpilor operatori.

3. Calea abdominală, cu sutura unor orificii herniare prin abdomen, poate fi folosită, în cadrul altor intervenţii chirurgicale : ocluzii, peritonite etc., pentru evitarea unor complicaţii obstructive postoperatorii posibile.
4. Herniolaparotomiile, pentru lărgirea câmpului operator, sunt mai rare în hernia crurală.
5. Calea properitoneală pare deosebit de avantajoasă pentru herniile femurale.
6. Calea laparoscopică, din ce în ce mai folosită în unele servicii, se bucură de aprecierea unanimă a specialiştilor.

E. ALTE VARIANTE :

1. În unele situaţii, şi numai pentru femei, la subiecţii slabi, cu sac herniar puţin voluminos şi orificiu crural redus ca dimensiuni, autorul nu mai deschide canalul inguinal şi după trecerea unui fir de nylon prin ligamentul COOPER, aduce toate planurile canalului inguinal la acesta.
2. În unele cazuri arcada crurală poate fi secţionată transversal iar la timpul de refacere parietală, aceasta poate fi prinsă în firele de sutură.
3. În tehnica RUGGI - BASSINI arcada crurală este adusă la ligamentul COOPER., pe cale înaltă sau joasă.
4. Calea properitoneală NYHUS realizează sutura transversului abdominal şi a fasciei transversalis la ligamentul COOPER. Această cale prefigurează
5. Calea laparoscopică, din ce în ce mai frecvent folosită şi
6. Procedeele plastice, cu plase sintetice.
7. Folosirea artificiului KIMBAROVSCHI şi pentru hernia femurală, ne-a dat satisfacţii deosebite.
8. În herniile strangulate, pentru eliberarea şi disecţia sacului este necesară KELOTOMIA, secţiunea inelului de strangulare, care trebuie făcută cranial, cu mare prudenţă ; hernia strangulată impune, uneori, rezolvarea - după caz - a conţinutului sacular afectat : rezecţie de epiploon, de intestin etc. Nu rareori, pentru rezolvarea complicaţiei peritoneale, poate fi necesară, laparotomia complimentară.

XI INCIDENTE şi ACCIDENTE INTRAOPERATORII

Destul de rare, în paralel cu perfecţionarea tehnică, se pot semnala

- lezarea venei femurale, în cursul trecerii firului de plastie : necesită tamponaj sau chiar sutură venoasă ;
- lezarea venei safene interne este mai rară şi reclamă ligatura ;
- leziunea " coronei mortis ", anastomoza dintre epigastrică şi obturatoare, poate surveni în cursul kelotomiei pentru hernia crurală strangulată şi este destul de dificilă ca rezolvare, necesitând o atenţie deosebită din partea echipei chirurgicale, care nu trebuie să se mulţumească doar cu constatarea unui hematom extensiv : nu întâmplător denumirea anastomozei vasculare respective aminteşte de moarte !
- unele viscere abdominale aderente de sacul herniar (situaţie relativ rară pentru hernia crurală) pot fi afectate şi reclamă măsuri în

consecinţă ;

- în cadrul herniei strangulate sau nereductibile, reducerea conţinutului sacular se poate produce fie spontan, după realizarea anesteziei fie în cursul disecţiei sacului herniar ; în ambele cazuri, chirurgul este obligat să vizualizeze conţinutul herniar redus, de la sine înţeles fiind că o ansă neviabilă sau chiar o meşă de epiploon gangrenat ne pot aduce în situaţia unor complicaţii postoperatorii serioase.

XII ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

ÎNGRIJIRILE POSTOPERATORII sunt comune cu ale majorităţii intervenţiilor de mai mică amploare :

- Antialgicele majore sau banale, îşi au indicaţia bine precizată.
- Mobilizarea precoce este absolut necesară, ca şi
- Reluarea unei alimentaţii naturale.
- Pansamentele zilnice sau, mai bine, metoda fără pansamente, ne dau posibilitatea supravegherii plăgii operatorii în orice moment.
- Firele de sutură se scot la 5-6 zile, când se face şi externarea bolnavului.

XIII COMPLICAŢII POSTOPERATORII

Imediate :

- Edemul membrului inferior de aceeaşi parte sau numai cianoza discretă după cura herniară crurală, demonstrează o jenă circulatorie venoasă indusă de firul de plastie ; uneori poate fi necesară reintervenţia pentru degajarea venei.

☞ **În experienţa noastră, după terminarea unei cure chirurgicale pentru hernia crurală, avem obiceiul să examinăm cu deosebită atenţie, membrul omolateral în întregime şi în comparaţie cu membrul opus. Cianoza şi diferenţa de aspect şi culoare ne pot determina să revenim asupra intervenţiei abia încheiate, şi să suprimăm firul dinspre vena femurală, ceea ce restabileşte aspectul şi culoarea membrului inferior**

- Hematomul local presupune lezarea nerecunoscută a unor vene mai mici sau a unora mai importante.

Precoce :

- Infiltraţia edematoasă a plăgii poate ceda la tratamentul rezolutiv local. Compresele reci cu cloramină, punga cu gheaţă etc., sunt

binevenite.

- Boala trombo-embolică, sub diverse forme clinice, de la tromboflebita frustă, banală şi până la accidentul major şi fatal, nu este extrem de rară, mai ales în cazul herniilor femurale, mult mai frecvente la femei şi obeze, şi obligă chirurgul la măsuri preventive şi atenţie deosebită pentru a surprinde complicaţia cât mai precoce posibil.
- Complicaţiile respiratorii şi cardiace depind de contextul patologic pe care bolnavul îl prezintă.
- Supuraţia plăgii demonstrează lipsa asepsiei, a unei tehnici nestăpânite sau infecţia intraspitalicească.

Tardive.

- Cicatricile retractile, dureroase sau inestetice sunt relativ rare şi apar după evoluţii locale complicate.
- Granulomul de fir poate atesta intoleranţa la fir sau procese supurative latente, manifestate uneori după mulţi ani.

XIV SECHELE POSTOPERATORII

Destul de rare, se pot cita totuşi :

- Cicatricile vicioase, hipertrofice, dureroase.
- Herniile recidivate şi multirecidivate reprezintă un capitol cu problematică particulară, în care aproape fiecare chirurg " repară " recidivele altor colegi şi mult mai rar pe cele proprii. În orice caz, recidiva herniei femurale este mai rară decât în cazul herniei inguinală

XV REZULTATE, PROGNOSTIC

- **REZULTATELE** chirurgiei herniare sunt bune, mortalitatea fiind apropiată de zero. Când aceasta survine, cauzele de deces aparţin fie unor cauze extraherniare fie herniilor complicate.
- Recidivele marchează valori între 0,6 şi 3 %, ; în fapt, statisticile referitoare la recidivele herniare sunt foarte inegale şi cu multipli factori de eroare, marea majoritate a bolnavilor alegând un alt chirurg pentru rezolvarea eventualei recidive.
- **PROGNOSTICUL** este favorabil, cu reintegrare absolută în mediul social, fără restricţii deosebite pentru cazurile comune şi ceva mai rezervat în cadrul herniilor recidivate.

13

VAGOTOMIA TRONCULARĂ

I DEFINIŢIE

VAGOTOMIA TRONCULARĂ este intervenţia chirurgicală care realizează secţiunea completă şi totală a nervilor vagi, în segmentul lor troncular, subdiafragmatic.

◆ În fapt, această intervenţie poate fi realizată şi pe alte căi decât calea abdominală, situaţie în care menţiunea trebuie făcută.

II ANATOMIE CHIRURGICALĂ

NERVUL VAG, a X-a pereche de nervi cranieni, cel mai lung dintre aceştia, de la nivelul bulbului, de unde ia naştere, şi până în abdomen, unde se termină, dă ramuri pentru toate viscerele pe care le întâlneşte.

A. ORIGINEA nervului se află în şanţul lateral al bulbului, între glosofaringian şi spinal, în mai mulţi nuclei senzitivi şi motori.

B. LA INTRAREA ÎN TORACE, după emergenţa recurentului, el are numai fibre parasimpatice.

C. DUPĂ PĂTRUNDEREA ÎN TORACE, cei doi nervi vagi se anastomozează larg între ei, realizând un adevărat plex periesofagian, la care se adaugă fibre simpatice şi splanchnice.

D. DEASUPRA DIAFRAGMULUI, la cca 0 - 3 cm sau, după unii autori, chiar la nivelul hiatusului esofagian, ramurile vagale se reindividualizează în două trunchiuri distincte cu variaţii de până la 16 trunchiuri sau filete) :

1. **VAGUL STÂNG** sau **ANTERIOR**, se află situat pe faţa anterioară a

esofagului şi dă două feluri de ramuri :

a. unele cu destinaţie hepatică şi biliară, ramuri ascendente şi recurente,

b. altele cu destinaţie gastrică :

– de pe marginea stângă a trunchiului principal, pornesc către versantul stâng al cardiei, ramuri cu destinaţie cardială şi tuberozitară, cu atât mai scurte cu cât sunt mai proximale ;

Trunchiul principal se continuă de-a lungul marginii anterioare a micii curburi şi la 2 cm departe de aceasta, sub forma " nervului principal anterior al micii curburi " sau nervul lui LATARJET, pentru a se termina la nivelul antrului gastric, prin mai multe ramuri care alcătuiesc " laba de gâscă ".

2. **VAGUL DREPT** sau **POSTERIOR**, mai constant şi mai voluminos, dă şi el două categorii de ramuri :

a. ramul coeliac cu destinaţie plexul cu acelaşi nume şi

b. ramuri gastrice (4 - 6) care nasc de pe versantul stâng al nervului şi se distribuie regiunii cardio-tuberozitare ;

Trunchiul principal, " nervul principal posterior al micii curburi ", are o direcţie paralelă cu trunchiul anterior, pentru a se termina în zona antrală, la 6 -7 cm de pilor.

III OBIECTIVE şi PRINCIPII

OBIECTIVELE vagotomiei sunt reprezentate de :

- Suprimarea fazei cefalice a secreţiei gastrice,
- Obţinerea unui stomac hiposecretor şi hipoacid, şi
- Menajarea unui rezervor gastric confortabil.

Aceste obiective se regăsesc, în diferite proporţii şi aspecte, în toate modalităţile terapeutice chirurgicale ale ulcerului.

PRINCIPIILE care guvernează intervenţia chirurgicală derivă din acţiunile vagului asupra secreţiei gastrice :

- controlul secreţiei de acid clorhidric în celulele parietale fundice ;
- eliberarea gastrinei din celulele antro-pilorice ;
- creşterea sensibilităţii celuleor parietale la stimularea gastrinică şi
- creşterea sensibilităţii celulelor parietale la stimularea mecanică. De unde,

  * vagotomia suprimă toate acţiunile amintite, având un efect :

    » secretor, determinând suprimarea fazei cefalice a secreţiei gastrice, şi unul

» motor, determinând :
- atonie gastrică, cu reducerea peristalticii proprii şi dilataţie consecutivă,
- contracţie spastică la nivelul pilorului şi
- atonie asupra tuturor segmentelor tubului digestiv (efecte nedorite).

* vagotomia tronculară este :
» totală, pentru toate viscerele abdominale şi
» completă pentru stomac, căreia îi interesează toate segmentele.

* vagotomia este o intervenţie cu viză patogenetică (incorect spus fiziologică !) de prim rang în chirurgia ulcerului gastro-duodenal, care
» permite păstrarea rezervorului gastric în întregime sau parţial ;
» vagotomia tronculară facilitează, într-o mai mare măsură, anastomozele gastro-duodenale ;
» reactualizează vechi intervenţii nepatogenetice : GEA, rezecţiile în şea, rezecţiile limitate, rezecţiile de excludere etc. ;
» lărgeşte paleta posibilităţilor terapeutice ale chirurgiei gastro-duodenale, şi
» îmbunătăţeşte posibilităţile terapeutice ale reintervenţiilor cu caracter corector în suferinţele stomacului operat ;
» se bucură de o mortalitate proprie redusă în comparaţie cu rezecţiile gastrice şi
» reclamă un timp complimentar obligatoriu, pentru anularea efectului spastic asupra pilorului.

IV. INDICAŢII şi CONTRAINDICAŢII

INDICAŢIILE principale sunt reprezentate de :

1. Ulcerul gastro-duodenal, indicaţia - de departe - cea mai frecventă şi care prilejuieşte :
a. indicaţii absolute :
= ulcerul complicat :
- ulcer perforat,
- ulcerul hemoragic fără răspuns la tratamentul medical,

– ulcerul stenozant, înainte de instalarea asistoliei gastrice şi a tulburărilor biologice ireversibile,
– ulcerul penetrant.

= ulcerele gastro-duodenale rebele la tratamentul medical corect şi aplicat un timp suficient ;

b. indicaţii relative :
= imposibilitatea unui tratament medical corect al ulcerului,
= ulcerele hipersecretorii,
= ulcerele endocrine, sindromul ZOLLINGER-ELISSON.

c. indicaţii speciale :
= ulcerele duble, gastrice şi duodenale,
= ulcerele duodenale " în oglindă ",
= ulcerele la tineri şi adolescenţi,
= ulcerele gastrice înalte, subcardiale sau
= ulcerele duodenale jos situate : postbulbar sau juxta-papilar.

2. Gastritele hemoragice de diverse etiologii (alergice, caustice, medicamentoase etc) beneficiază de vagotomie atât pentru jugularea episodului hemoragic cât şi pentru prevenirea accidentelor hemoragice ulterioare ; aici vagotomia poate căpăta atributul de intervenţie conservatoare în comparaţie cu gastrectomia largă clasică, pe drept cuvânt socotită ca mutilantă.

3. Ulcerul de stress, deşi are o altă etiologie decât ulcerul gastro-duodenal propriu-zis, poate beneficia de vagotomie, mai ales în cazurile cu focare ulceroase multiple şi rebele la tratamentul medical.

4. Reintervenţiile pentru "stomacul operat " au, printre timpii corectori, ca gest obligatoriu, vagotomia tronculară, indiferent dacă rezecţia iniţială a fost făcută pentru ulcer gastric sau duodenal :
= sindromul de ansă aferentă,
= ulcerul peptic postoperator,
= fistula gastro-jejuno-colică etc.

CONTRAINDICAŢIILE :

1. Ulcerul gastric reprezintă, clasic, indicaţie de rezecţie gastrică şi o contraindicaţie pentru vagotomie, socotindu-se ulcerul gastric ca având o etiologie total diferită de a ulcerului duodenal, cu excepţia ulcerelor apropiate de pilor.

☞ **Autorul, cu o experienţă apreciabilă în vagotomie, practică vagotomia şi în ulcerul gastric, cu bune rezultate, considerând că ulcerul gastro-duodenal este o afecţiune unică dar cu localizare diferită şi cu elemente distinctive legate de**

morfologia şi fiziologia diferită a stomacului şi a duodenului.

2. Ulcerele duodenale stenozante, ajunse în faza de decompensare, cu asistolie gastrică, ar reprezenta o contraindicaţie pentru vagotomie întrucât aceasta, intervenind asupra unei musculaturi epuizate, incapabile de asigurarea tonicităţii şi contracţiilor proprii, ar putea antrena agravarea dilataţiei gastrice şi a consecinţelor sale.

☞ **Afirmaţia poate fi, teoretic, valabilă dar este contrazisă de realitate : este adevărat că întâlnim bolnavi ajunşi în stadii decompensate, cu dilataţii gastrice impresionante, dublate de grave tulburări biologice şi humorale ; dar chiar şi la aceşti bolnavi, avem surpriza şi satisfacţia să constatăm că, sub influenţa unui tratament medical corect, deci în afara intervenţiei chirurgicale, permeabilitatea pilorică să se restabilească, iar evacuarea gastrică să ne permită alimentarea corectă a bolnavului şi, în consecinţă, o mai corectă pregătire preoperatorie ; acelaşi lucru se poate spune şi despre situaţiile în care suntem obligaţi să realizăm doar o gastroenteroanastomoză, care ameliorează condiţiile evacuatorii ale stomacului şi care poate induce restabilirea tonicităţii şi contractilităţii gastrice, uneori pentru o bună perioadă de timp, dacă nu definitiv ; cu atât mai mult, în practică, tratamentul chirurgical patogenetic, cu viză radicală, poate ameliora sau restabili integral tonicitatea şi motilitatea gastrică chiar în condiţiile unei piloroplastii şi cu atât mai mult în cazul asocierii vagotomiei cu o rezecţie limitată, ambele modalităţi putând conduce la bune rezultate imediate şi îndepărtate. Sigur că chirurgul, alături de internist şi de reanimator, vor fi în măsură să aleagă modalitatea cea mai adecvată pentru bolnav.**

3. Vârsta înaintată, pe motiv că ar exista deja o vagoscleroză, este contrazisă de însăşi existenţa ulcerului la aceşti subiecţi.

☞ **Autorul practică vagotomia, cu bune rezultate, la orice vârstă.**

4. Ulcerul malignizat reprezintă o contraindicaţie certă şi impune rezolvarea cazului conform principiilor oncologice cunoscute.

☞ **De remarcat că vagotomia nu exclude rezecţia gastrică din arsenalul terapeutic al chirurgiei gastro-duodenale, credem că fiecare dintre aceste modalităţi are indicaţii bine precizate care se pot completa în mod fericit, ceea ce ne permite o individualizare absolută a atitudinii faţă de fiecare caz în parte,**

tocmai pentru faptul că nici una dintre ele nu este perfectă şi că pot exista suficiente motivaţii obiective, pentru o alegere sau pentru alta.

☞ **Fără îndoială că un chirurg poate fi ataşat în mod deosebit uneia dintre metode, declarându-se fie vagotomist fie rezecţionist convins. Ceea ce nu este condamnabil ! Nu poţi crede, cu tărie, într-o anumită modalitate terapeutică sau tehnică făcând concesii altora. Asta nu înseamnă că un chirurg bine pregătit nu trebuie să stăpânească, la fel de bine, cât mai multe tehnici, tocmai pentru a face faţă unora dintre cazurile particulare care, la un moment dat, pot răspunde unor cerinţe diferite.**

V PREGĂTIRE PREOPERATORIE

PREGĂTIREA PREOPERATORIE trebuie să fie scurtă şi energică în cazurile de urgenţă :

- pentru ulcerul perforat, analgeticul major, aspiraţia gastrică, perfuzia minimă şi explorarea sumară sunt gesturile obligatorii ;
- ulcerul hemoragic cunoaşte o pregătire preoperatorie mai nuanţată, ca şi indicaţia chirurgicală dealtfel ; cu excepţia unor cazuri disperate, în care intervenţia chirurgicală reprezintă singura şansă de salvare şi aduce bolnavul direct pe masa de operaţie, bolnavul este supus unui tratament hemostatic şi de reechilibrare, în secţia de terapie intensivă, şi numai faţă de eşecul tratamentului medical, intervenţia se impune, de data aceasta pe un bolnav la care timpul ne-a oferit posibilitatea unei pregătiri preoperatorii mai corecte şi mai eficiente.

Pentru stenoza pilorică, pregătirea preoperatorie ocupă un loc cu totul aparte, în raport cu gradul stenozei şi al dezordinilor în care bolnavul se prezintă : tulburări fruste, azotemie extrarenală, sindrom de ocluzie înaltă, sindrom DAROW etc. Reechilibrarea presupune :

- repausul digestiv şi evacuările gastrice repetate, ceea ce suprimă staza, distensia gastrică şi realizează o oarecare asanare faţă de produşii de fermentaţie, putrefacţie sau septici din stomacul stagnant ;
- reechilibrarea hidro-electrolitică şi acido-bazică este de mare valoare ;
- reechilibrarea volemică, sanguină şi proteică ;

- asigurarea unui flux urinar convenabil ;
- asigurarea unui minim energetic compatibil cu o intervenţie chirurgicală ;
- tratamentul corespunzător al unor afecţiuni viscerale respiratorii, cardio-vasculare etc.

☞ **De multe ori, un astfel de tratament poate induce ştergerea sau atenuarea fenomenelor stenotice, cu posiblitatea reluării unei alimentaţii pe cale naturală, factor de cea mai mare importanţă pentru bolnav şi pentru posibilităţile sale de reechilibrare, şi care ne permite o oarecare temporizare a intervenţiei chirurgicale, până la o relativă compensare a echilibrelor afectate. Cu toate acestea, trebuie să ştim până unde putem împinge această nevoie de echilibrare şi cât putem temporiza o intervenţie absolut necesară, întrucât peste anumite limite nu mai putem obţine nimic în plus şi există pericolul, deloc teoretic, de a ne întoarce acolo de unde am plecat.**

VI ANESTEZIE

Singura anestezie care intră în discuţie este **ANESTEZIA GENERALĂ cu I.O.T.**, care ne oferă toţi termenii unei anestezii de calitate şi de confort chirurgical.

Sigur că pentru anumite cazuri limită, **ANESTEZIA DE CONDUCERE** (peridurală sau rahidiană) şi chiar **ANESTEZIA LOCALĂ** pot fi luate în discuţie dar foarte probabil că şi soluţiile chirurgicale vor fi altele decât vagotomia.

☞ **Autorul nu neagă că a rezolvat, cu anestezie rahidiană sau locală un număr oarecare de cazuri dar trebuie menţionat că la timpul propriu-zis al vagotomiei, majoritatea bolnavilor a acuzat dureri greu de definit şi de localizat, ceea ce a reclamat intervenţia anestezistului, pentru completările cuvenite.**

VII INSTRUMENTAR

COMUN - tava mare de instrumente pentru intervenţiile pe abdomen.

SPECIAL :

= valve late pentru accesul pe esofagul abdominal ;
= foarfeci lungi şi fine ;
= pense lungi şi fine, curbe, fără dinţi ;

= diversele instrumente pentru acroşajul sau disecţia vagilor par binevenite ; în plus,
= electrocauter, aspirator, pH-metru etc ;
= trusa de coeliochirurgie se poate afla pe unele mese de instrumentar.

VIII DISPOZITIV OPERATOR

BOLNAVUL - în decubit dorsal comun, eventual cu sul sub baza toracelui sau cu suportul mesei ridicat, pentru a etala epigastrul şi a avea acces mai facil asupra esofagului abdominal ; membrele superioare în abducţie pentru perfuzie şi tensiometru.

ECHIPA OPERATORIE :

1. Operatorul - în dreapta bolnavului.
2. Ajutoarele - în stânga bolnavului, în faţa operatorului.

IX TEHNICĂ

Vagotomie tronculară bilaterală subdiafragmatică " in situ ".

A. CALEA DE ABORD - coeliotomia xifo-ombilicală clasică, cu descoperirea corectă a apendicelui xifoid şi cu depăşirea sau nu, a ombilicului.

B. EXPLORAREA ABDOMINALĂ, INVENTARUL LEZIUNILOR şi CONFIRMAREA DECIZIEI CHIRURGICALE decurg conform protocolului obişnuit în astfel de cazuri.

☞ **În chirurgia abdominală, timpul de explorare este unul esenţial. Dat fiind faptul că nici un bolnav nu poate fi cunoscut în totalitate şi că surprizele pot aparţine fiecărui caz în parte, este un act de probitate profesională pentru chirurg, să profite de această fereastră deschisă în cavitatea peritoneală, care conţine majoritatea viscerelor digestive de importanţă primară ale unui organism, pentru a face o explorare completă şi complexă, a tuturor organelor care-i sunt accesibile. Fie că leziunile surpriză vor putea fi rezolvate în aceeaşi şedinţă operatorie, fie că vor rămâne ca o menţiune de inventar lezional, eventualitatea nu modifică valoarea unei explorări corecte. "Mirajul leziunii aparente", mult susţinut şi invocat de profesorul JUVARA, este o realitate de care nu trebuie să ne lăsăm dominaţi, de care trebuie să ne desprindem şi împotriva căruia trebuie să acţionăm în mod conştient, în folosul**

bolnavului care şi-a încredinţat viaţa mâinilor şi meşteşugului nostru.

C. VAGOTOMIA TRONCULARĂ.

☞ **În practica noastră, vagotomia reprezintă primul gest al complexului chirurgical sau, ca să exagerăm un pic, timpul pe care îl realizăm mai înainte de a decide atitudinea ulterioară : derivaţie, rezecţie etc. Vagotomia presupune unele tracţiuni asupra stomacului şi acestea pot fi realizate cu mai multă siguranţă pe un stomac integru decât pe unul " marcat " de o sutură oarecare. În plus există posibilitatea să n-o putem realiza sau să nu fim satisfăcuţi de vagotomia pe care am efectuat-o, situaţie în care atitudinea pe care trebuie s-o adoptăm este complet diferită. În practica noastră, deşi în mod excepţional nu am putut realiza vagotomia din cauza unor particularităţi anatomice locale (vascularizaţie de tip portal, profunzimea planurilor, infiltraţie grăsoasă etc.) sau pentru motivul că nu am putut individualiza trunchiurile vagale, ţinem cont de această posibilitate, cu atât mai mult în cazul unor reintervenţii.**

În consecinţă,

VAGOTOMIA ANTERIOARĂ se desfăşoară la vedereeste un timp eminamente vizual :

1. Se plasează sub ficat, o valvă abdominală lată şi profundă care, îndepărtând faţa inferioară a ficatului, şi mai ales lobul stâng, expune larg faţa anterioară a esofagului abdominal şi a cardiei ; în timp ce ajutorul exercită o tracţiune moderată asupra stomacului, în sens caudal, continuând direcţia esofagului,
2. Trunchiul vagal devine evident, chiar în axul esofagului, la egală distanţă de marginile acestuia, făcând o coardă vizibilă şi palpabilă, care se apreciază ca atare ; eventual, degetul palpator pune în evidenţă şi alte trunchiuri sau filete vagale prezente. Nu vom confunda niciodată trunchiul vagal cu relieful sondei de evacuare din stomac, de cu totul alte dimensiuni.
3. Cu ajutorul unei pense foarte fine, se realizează o soluţie de continuitate la nivelul ţesutului preesofagian, în lungul nervului, pe care-l păstrăm în permanenţă sub vedere, rezultând o fantă eliptică de cca 1,5 cm lungime, cu marele ax reprezentat tocmai de trunchiul vagal.
4. Vagul se izolează bine de conexiunile celuloase şi se " încarcă " pe pensă.

5. Secţiunea trunchiului vagal se face pur şi simplu cu ajutorul bisturiului electric cuplat nu pe secţiune ci pe coagulare.

6. Prin inspecţie şi palpare, în timp ce menţinem tracţiunea pe stomac, se controlează existenţa altor filete vagale anterioare care, odată descoperite, vor fi rezolvate în acelaşi mod : izolare, încărcare pe pensă, coagulare.

VAGOTOMIA POSTERIOARĂ este, mai întâi, un timp palpatoriu şi, ulterior, vizual :

1. În timp ce operatorul, cu mâna dreaptă, exercită aceeaşi tracţiune pe marea curbură a stomacului, în direcţia cranio-caudală descrisă mai sus, dar cu o corecţie moderată către zenit,

2. Prin breşa creată în ţesutul preesofagian, se introduce pulpa mediusului stâng care, cu breşă cu tot, alunecă îndărătul esofagului, unde va palpa cu uşurinţă, trunchiul vagal posterior, sub forma unei coarde viguroase, indubitabil mai voluminoasă decât trunchiul anterior.

3. Prin mişcări longitudinale de " du-te-vino ", degetul palpator va elibera trunchiul nervos de conexiunile celuloase, după care,

4. Încredinţând ajutorului stomacul şi sarcina tracţiunii amintite,

5. Vom introduce, prin breşa creată, pe lângă degetul care păstrează contactul permanent între pulpa lui şi trunchiul nervos, o pensă curbă şi fină, cu care vom acroşa vagul posterior, eventual ajutându-ne de unele mişcări de lateralitate şi contră. Nu este nici o catastrofă dacă manevra nu ne va reuşi dintr-o dată. O reluăm, cu blândeţe şi insistenţă, până când vom reuşi.

6. Trunchiul nervos se exteriorizează în câmpul operator, pe o distanţă convenabilă, şi se secţionează între pense ; capetele nervoase se vor cauteriza, cu atenţie deosebită, având controlul permanent asupra contactului dintre vârful pensei şi structurile din jur. Neatenţia se poate solda cu o zona de necroză a esofagului, incident deosebit de neplăcut şi riscant, cu atât mai regretabil cu cât considerăm facilitatea cu care putea fi evitat.

7. Controlul existenţei altor trunchiuri vagale se conduce după aceleaşi principii.

☞ **Odată cu acumularea experienţei, vagotomia tronculară descrisă mai sus devine o intervenţie deosebit de simplă, reclamând pentru realizare, foarte puţine minute şi cu şanse reduse de eşec sau incorectitudine.**

D. Vagotomia terminată, se face controlul corectitudinii acesteia, ne asigurăm de lipsa oricărei sângerări posibile, se aplică o compresă mare

îmbibată în ser fiziologic pe zona de disecţie şi se trece la

E. TIMPUL COMPLIMENTAR, obligatoriu pentru vagotomia tronculară, timp mai laborios şi de durată incomparabil mai mare decât pentru vagotomie

F. DRENAJUL PERITONEAL şi REFACEREA PERETELUI ABDOMINAL vor încheia intervenţia chirurgicală.

X VARIANTE TEHNICE

A. VARIANTA CLASICĂ are în vedere :

- secţiunea apendicelui xifoid,
- secţiunea ligamentului tringhiular stâng al ficatului,
- disecţia circumferenţială a zonei cardio-esofagiene,
- cravatarea esofagului şi exercitarea unor tracţiuni asupra acestuia,
- disecţii mult mai ample la nivelul regiunii cardio-esofagiene,
- izolarea trunchiurilor vagale pe distanţe mai importante,
- rezecţia unor segmente de 2-3 cm din trunchiurile nervoase, şi
- ligatura capetelor nervoase.

☞ **În comparaţie cu varianta clasică, vagotomia " in situ " este cu mult mai elegantă, mai puţin traumatizantă, mai expeditivă şi cu urmări postoperatorii mult mai simple**

B. VAGOTOMIA PE CALE TORACICĂ este o variantă bine codificată care are în vedere suferinţele gastro-duodenale persistente, care au reclamat multiple intervenţii pe abdomen şi unde vagotomia nu a fost realizată sau se dovedeşte a fi incompletă ; vagotomia pe cale toracică are avantajul că ocoleşte regiunea subdiafragmatică, de acces dificil în astfel de situaţii, din cauza aderenţelor posibile, dar este marcată de dezavantajul că nu permite o vizualizare directă a unor leziuni gastro-duodenale existente. Există posibilitatea ca vagotomia pe cale toracică să fie urmată de bune rezultate ceea ce face explorarea abdominală inutilă.

C. VAGOTOMIA TRONCULARĂ POSTERIOARĂ cu SEROMIOTOMIE ANTERIOARĂ este o tehnică modernă pentru ulcerul gastro-duodenal, agreată de unii practicieni, fără a se bucura încă de proba timpului.

D. **VAGOTOMIA LAPAROSCOPICĂ** poate fi avută în vedere pentru serviciile dotate corespunzător.

XI INCIDENTE şi ACCIDENTE INTRAOPERATORII

Multiple şi variate ca menţiune în tratatele clasice, sunt rare în practica noastră :

1. Neidentificarea trunchiurilor vagale (mai frecvent a celui posterior) este o posibilitate care ne obligă la alte soluţii chirurgicale.

☞ **În ce ne priveşte, neidentificarea trunchiului posterior poate fi o realitate, motiv pentru care părăsim modalitatea de acces descrisă :**

* în unele situaţii, pătrundem prin pars flaccida a micului epiploon, la distanţă de zona esofagiană şi, în timp ce exercităm tracţiunea asupra marii curburi gastrice, în sensul menţionat, degetul palpator va putea descoperi, cu uşurinţă, trunchiul vagal ;
* alteori, când şi această manieră de identificare vagală a eşuat, putem acceda asupra zonei vizate, printr-o breşă din ligamentul gastro-colic, pe faţa posterioară a stomacului, alunecând până în zona cardio-esofagiană, unde vom descoperi trunchiul vagal ; cu puţină insistenţă, odată nervul reperat, vom reuşi să-l identificăm şi să-l aducem în câmpul operator.

2. Hemoragiile :

= lezarea unor ramuri vasculare de calibru mai mare, considerate drept trunchiuri vagale, poate determina hemoragii supărătoare care ne obligă la disecţii laborioase şi hemostază corespunzătoare, vasele respective dispărând din câmpul imediat ;

= hemoragia poate surveni şi atunci când trunchiurile vagale (mai ales cel posterior) nu sunt bine individiualizate şi vasele care le însoţesc sunt secţionate ; este cu mult mai rară sângerarea din vasele proprii ale trunchiurilor nervoase ; în ambele situaţii, încărcarea pe deget a esofagului şi lărgirea zonei de decolare ne vor permite identificarea şi pensarea corectă a vaselor ;

= există situaţii în care regiunea pe care acţionăm are o vascularizaţie mult mai bogată (ciroze, hipertensiune portală), ceea ce ne obligă la o atenţie deosebită pentru a evita sângerările neplăcute şi destul de greu de stăpânit.

3. Deschiderea esofagului este un accident rar (absent în cazuistica

noastră), indus de o tehnică necorespunzătoare ; accidentul trebuie recunoscut şi tratat în deplină cunoştinţă de cauză : sutură corectă, eventual acoperirea suturii cu perete gastric, sondă naso-eso-gastrică, repaus alimentar, drenaj subfrenic corect ; nerecunoscut, accidentul este sursă de complicaţii postoperatorii severe care pot duce la pierderea bolnavului.

4. Rupturile de splină, prin tracţiuni exagerate asupra stomacului şi pediculilor săi pot reclama splenectomia (tactică !!) sau, mai rar, sutura splenică.

5. Leziunile mucoasei gastrice, prin tracţiuni intempestive asupra peretelui gastric, pot fi evitate sau, odată produse, reclamă o atitudine corespunzătoare.

☞ **Faţă de varianta clasică (vezi PATEL), tehnica vagotomiei "in situ" este mult simplificată, eliminând o mulţime de timpi inutili care prelungesc intervenţia şi pot fi responsabili de unele tulburări postoperatorii. Vagotomia " in situ " propusă şi prezentată de noi în anul 1980, reduce la maximum incidentele sau accidentele intraoperatorii, autorul semnalând, pe mai bine de 3000 de vagotomii, raritatea accidentelor majore.**

XII ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

ÎNGRIJIRILE POSTOPERATORII sunt comune cu ale intervenţiilor pe stomac şi duoden :

- Sonda de aspiraţie este absolut necesară pentru prevenirea distensiei gastrice dar va fi păstrată un timp minim şi numai dacă este activă ; păstrarea nejustificată a sondei în stomac, poate induce, prin ea însăşi, iritaţie, stază exagerată şi tulburări electrolitice sau acido-bazice.
- Reechilibrarea volemică, hidro-electrolitică, sanguină, proteică etc., poate fi necesară şi bine venită la bolnavii cu echilibre biologice precare.
- Reluarea unei alimentaţii naturale cât mai precoce este de dorit, ca şi
- Mobilizarea precoce.
- Combaterea distensiei abdominale şi a
- Diareilor post vagotomie trebuie avută în vedere prin măsurile cunoscute.

☞ **De menţionat că autorul a renunţat, în pregătirea**

preoperatorie, la clisma evacuatorie sistematică, considerând că un colon evacuat este primul care se dilată, în absenţa stimulului fiziologic esenţial, conţinutul intestinal.

XIII COMPLICAŢII POSTOPERATORII

COMPLICAŢIILE POSTOPERATORII proprii vagotomiei trebuie diferenţiate de cele ale timpului complimentar : derivaţie, piloroplastie sau rezecţie, ceea ce nu este uşor de realizat. În acelaşi timp trebuie făcută menţiunea că toate complicaţiile menţionate în tratatele clasice drept frecvente şi grave, sunt rare în practica noastră :

- Stările de disconfort digestiv,
- Dilataţia gastrică,
- Balonările abdominale şi
- Diareile postoperatorii nu depăşesc, în practica noastră, ca frecvenţă, tulburările oricărui operat pe abdomen ori au un caracter întâmplător, atenuat, episodic şi tranzitoriu ; în anumite situaţii, când fenomenele respective sunt persistente şi nu au tendinţă de jugulare la tratamentul corespunzător, trebuie să ne gândim la alte cauze posibile.
- Sughiţul,
- Pleureziile,
- Mediastinitele postoperatorii sunt complicaţii rare şi, în cazuistica proprie nu sunt menţionate, nici după vagotomia pentru ulcerul perforat.
- În ceea ce priveşte complicaţiile datorate timpului complimentar (piloroplastie, rezecţie), acestea sunt trecute la capitolele respective **(Vezi 14 - XIII şi 15 - XIII).**

XIV SECHELE POSTOPERATORII

Vagotomia tronculară este bine tolerată de către bolnavi ; cu toate acestea se pot menţiona :

- Stările de disconfort digestiv, posibile în primele 5 - 6 luni postoperator, cu menţiunea că odată cu trecerea timpului, acestea se estompează până la dispariţie.
- Diareile episodice au acelaşi caracter tranzitoriu.
- Când în perioada postoperatorie, tulburările digestive devine persistente, progresive şi reeditează unele aspecte ale suferinţei preoperatorii, bolnavul trebuie explorat complex pentru a putea

diferenţia ceea ce aparţine vagotomiei propriu-zise, de ceea ce aparţine altor cauze : vagotomie incompletă, ulcer restant, recidivă ulceroasă, dumping, periviscerită, pancreatită sau colecistită cronică etc.

XV REZULTATE, PROGNOSTIC

- Rezultatele vagotomiei sunt bune, menţionând o mortalitate globală de sub 1% pentru toate indicaţiile, în urgenţe sau cazuri programate.
- În timp, rezultatele funcţionale bune şi foarte bune se menţin la valori de peste 90%, dar trebuie adăugat că există o multitudine de factori care pot interveni în aprecierea acestor rezultate : regim alimentar şi de viaţă, timpul complimentar asociat vagotomiei etc.
- În ceea ce priveşte recidivele ulceroase acestea pot atinge valori de 2 - 4 % din numărul de bolnavi vagotomizaţi sau chiar mai mult în unele statistici.

☞ **Pentru noi, vagotomişti convinşi, ca unii care am parcurs întreaga problematică şi am învăţat din propria experienţă a acestei modalităţi terapeutice a ulcerului gastro-duodenal, VAGOTOMIA TRONCULARĂ BILATERALĂ, la care am asociat REZECŢIA LIMITATĂ DE TIP ANTRECTOMIE sau HEMIGASTRECTOMIE, CU ANASTOMOZĂ GASTRO-DUODENALĂ, a întrunit - pentru o perioadă îndelungată de timp - preferinţele noastre. Ea a constituit intervenţia de principiu pe care ne-am propus-o şi am realizat-o la majoritatea bolnavilor noştri şi care, este adevărat, ne-a dat satisfacţie deplină. Dar tot atât de adevărat este că această modalitate nu a putut fi realizată întotdeauna şi, fiind obligaţi să recurgem la soluţii de necesitate, dictate de situaţia de fapt, am realizat că rezultatele nu au fost mai proaste decât în cazul intervenţiei de principiu.**

☞ **Astăzi, trebuie să mărturisim, că odată cu acumularea experienţei (ulcerul gastro-duodenal deţine încă o pondere importantă în patologia noastră), nu mai suntem atât de categorici şi, fără a dezminţi încrederea noastră în vagotomia tronculară (nu agreăm gastrectomia largă, mai ales că neoplasmul de bont gastric este din ce în ce mai frecvent la bolnavii e care i-am operat în urmă cu 20 - 25 de ani !), dăm prioritate intervenţiilor mai simple, cu păstrarea integrală a**

rezervorului gastric, fapt pe care-l socotim de mare importanţă pentru bolnav, fără ca această atitudine să crească incidenţa suferinţelor postoperatorii sau a reintervenţiilor corectoare. Sigur că timpul este cel care va da, sau nu, justificare atitudinii noastre dar, ca practicieni, suntem obligaţi la observaţie continuă şi, în consecinţă, la nuanţarea propriilor noastre credinţe.

- **PROGNOSTICUL** vagotomiei este favorabil, cu inserţia şi integrarea normală a subiectului în viaţa de familie şi societate, cu condiţia unei dispensarizări corecte şi active.
- Vagotomia tronculară a intrat definitiv în arsenalul terapeutic al ulcerului gastro-duodenal şi până la apariţia altor modalităţi terapeutice, noi o considerăm de cel mai mare interes, cu largă aplicabilitate pentru bolnavii noştri.

Studii întreprinse pe serii mari de bolnavi, ne-au demonstrat superioritatea metodei care, în timp, poate lăsa loc şi altor modalităţi terapeutice corectoare, în raport cu gastrectomia largă care odată realizată nu mai poate fi ameliorată, ceea ce este de importanţă deosebită pentru anumite categorii de bolnavi.

14

PILOROPLASTIILE ŞI ALTE MODALITĂŢI DE VIDANJ GASTRIC

I DEFINIŢIE

În sens tematic, **PILOROPLASTIILE şi MODALITĂŢILE DE VIDANJ GASTRIC** sunt intervenţii chirurgicale care au drept scop :

* scurtcircuitarea,
* defuncţionalizarea, sau
* suprimarea pilorului spastic, ca urmare a vagotomiei tronculare, în vederea favorizării evacuării stomacului aton. Ele fac parte din gestul asociat, din timpul complimentar pe care vagotomia tronculară îl reclamă.

II ANATOMIE CHIRURGICALĂ

(Vezi 15 - II, 17 - II)

III OBIECTIVE şi PRINCIPII

OBIECTIVUL PRINCIPAL al intervenţiei, respectiv al timpului asociat vagotomiei tronculare este reprezentat de

= asigurarea evacuării stomacului aflat în stare de atonie, dilataţie şi lipsă de peristaltică, prin :

* scurtcircuitarea,
* defuncţionalizarea sau
* suprimarea pilorului spastic (efect al vagotomiei).

Acest obiectiv poate fi asigurat în mai multe moduri :

1. Prin DERIVAŢII :
   a. gastroenteroanastomoză sau
   b. antro-duodenostomie latero-laterală VILLARD-JABOULAY.
2. Prin INTERVENŢII DIRECTE ASUPRA PILORULUI :
   a. pilorotomii piloroplastice (HEINECKE-MIKULICZ şi altele) sau
   b. pilorectomii piloroplastice de diverse tipuri.
3. Prin SUPRIMAREA COMPLETĂ A PILORULUI, realizată în cadrul unei rezecţii limitate de tip hemigastrectomie sau antrectomie.

PRINCIPIILE care guvernează intervenţiile de vidanj gastric diferă după tipul acestora ; ceea ce este comun pentru toate aceste intervenţii este realizarea unei evacuări gastrice eficace, prin mecanism activ-pasiv ; afirmaţia că efectul unei vagotomii indicate şi corect realizate poate fi compromis de un gest complimentar inadecvat este susţinută de realitate.

1. Derivaţiile :
   = nu interesează zona pilorică, indemnă sau (mai ales) afectată de procesul ulceros,
   = sunt de realizare facilă şi devin nefuncţionale atunci când pilorul şi stomacul îşi reiau funcţiile ;
   = GEA exclude duodenul din circuitul digestiv şi poate induce neajunsurile cunoscute ;
   = antroduodenostomiile sunt de execuţie mai delicată, nu exclud duodenul din circuitul digestiv dar, în caz de reintervenţie, ridică unele probleme tehnice.
2. Intervenţiile pilorice diverse :
   = sunt intervenţii simple,
   = unele dintre ele realizează şi îndepărtarea leziunii ulceroase de la acest nivel şi
   = nu exclud duodenul din circuitul digestiv.

   S-a spus că o piloroplastie corectă trebuie să fie:
   = cât mai decliv situată, pentru a permite evacuarea efectivă a stomacului şi
   = cât mai largă ; în realitate piloroplastiile largi nu sunt necesare şi pot determina elemente de patologie prin ele însile ; în perioada postoperatorie mai apropiată sau mai îndepărtată de vagotomie, stomacul îşi reia tonicitatea, peristaltica şi ritmicitatea evacuării, ceea ce poate induce evacuări precipitate sau chiar dumping ; în cele din urmă, o piloroplastie trebuie să fie bine calibrată, în orice caz, nu prea largă.

3. Rezecţiile gastrice, mai limitate sau mai largi se conduc după principiile gastrectomiilor clasice.

IV INDICAŢII şi CONTRAINDICAŢII

INDICAŢIILE tipului de realizare a vidanjului gastric după vagotomie rezultă, mai ales, din situaţia leziunilor care au impus vagotomia însăşi. Astfel:

1. Derivaţiile convin cel mai mult leziunilor ulceroase inabordabile : ulcere caloase, penetrante în pancreas şi în pediculul hepatic, ulcerelor foarte jos situate etc., ceea ce face ca îndepărtarea lor să nu poate fi realizată fără risc important.
2. Piloroplastiile simple sunt indicate în cazurile în care leziunile nu se află la acest nivel (gastrită hemoragică, ulcer al micii curburi sau antral), în timp ce
3. Pilorectomiile piloroplastice convin tocmai acelor cazuri în care zona pilorică face parte din procesul patologic care trebuie suprimat (ulcer piloric sau bulbar, perforate sau nu).
4. Rezecţiile limitate par să se bucure de cele mai bune rezultate în asociere cu vagotomia tronculară, adresându-se mai multora dintre verigile patogenetice ulceroase ; din păcare, nu întotdeauna, leziunile şi remanierile induse de acestea, ne permit realizarea unei gastrectomii chiar limitate.

CONTRAINDICAŢIILE sunt mai mult formale atât timp cât am realizat o vagotomie tronculară şi depind în egală măsură de leziunea ulceroasă însăşi :

1. Stenozele ulceroase cu stomac dilatat ar semna contraindicaţia pentru vagotomie şi piloroplastie.
2. Ulcerele postbulbare nu se pretează la piloroplastii sau gastro-duodenostomii ci mai degrabă la GEA.
3. Ulcerele duodenale multiple, cu stenoze etajate pot reclama, alături de vagotomie şi rezecţia de excludere.

V PREGĂTIRE PREOPERATORIE

Nu există o pregătire specială pentru intervenţia de vidanj ci pentru afecţiunea care a comandat vagotomia şi timpul complimentar.

(Vezi 13 - V, 15 - V)

VI ANESTEZIE

(Vezi 13 - VI, 15 - VI)

VII INSTRUMENTAR

(Vezi 13 - VII, 15 - VII)

VIII DISPOZITIV OPERATOR

(Vezi 13 - VIII, 15 - VIII)

IX TEHNICA

Pilorotomie piloroplastică HEINECKE - MIKULICZ.

A. INCIZIA, EXPLORAREA, DECIZIA OPERATORIE şi VAGOTOMIA TRONCULARĂ sunt deja realizate.

B. PILOROTOMIA PILOROPLASTICĂ :

1. Se repereză pilorul, vizual, prin observarea vaselor pilorice, şi prin palpare directă, între indexul şi policele plasate pe zona antrală şi, respectiv, pe duoden. Două fire tractoare, plasate către mica şi marea curbură, vor evidenţia zona pilorică anterioară şi vor facilita secţiunea peretelui digestiv.

2. Se secţionează între cele două fire puse sub tensiune, tranşant, chiar în axul organului, peretele anterior al antrului şi al duodenului, mijlocul inciziei aflându-se chiar la nivelul pilorului, pe o distanţă convenabilă (2 - 3 cm), în aşa fel încât versantul gastric al inciziei să fie egal cu cel duodenal.

4. Se face explorarea intraluminală a zonei, vizual sau digital, ne convingem de existenţa sau nu, a unor ulcere posterioare duodenale, antrale ori gastrice, a unor zone de stenoză duodenală, sub secţiunea noastră şi, mai ales, de corectitudinea secţiunii pilorice ; după caz putem lărgi linia de incizie în sensul necesar.

5. Se începe sutura transversală a peretelui antro-piloro-duodenal, dinspre mica curbură către marea curbură, extremităţile inciziei axiale fiind suturate la mijlocul piloroplastiei (de fapt, firele de maximă tensiune) ; preferăm sutura cu fire separate " în 8 ", ceea ce presupune prinderea peretelui digestiv în totalitate în bucla inferioară şi cel de al

doilea plan extramucos în bucla superioară a firului în opt **(Vezi 15 - X - E).**

6. Controlul permeabilităţii, al etanşeităţii piloroplastiei şi drenajul peritoneal încheie intervenţia chirurgicală propriu-zisă.

☞ **Cu cât linia de incizie va fi mai lungă, cu atât mai importantă va fi deformarea locală, determinând formarea "urechilor de pisică", la nivelul colţurilor suturii piloroplastice ; de remarcat că nu este vorba de o simplă deformare anatomică ci de eventualele derivaţii foarte largi, care pot antrena neajunsuri ulterioare.**

C. REFACEREA PERETELUI ABDOMINAL decurge după regulile obişnuite.

XI VARIANTE TEHNICE

A. DERIVAŢII :

1. GASTRO-DUODENOSTOMIA LATERO-LATERALĂ VILLARD JABOULAY :

a. se efectuează o minimă mobilizare a duodenului şi îndepărtarea eventualelor aderenţe antrale ;

b. se realizează o apropiere între marea curbură a antrului gastric şi marginea internă a duodenului subpiloric, pe distanţă de 3 -5 cm, cu ajutorul unui prim plan sero-muscùlo-seros, uşor de finalizat, zonele fiind aproape contingente ;

c. se secţionează peretele duodenal şi cel antral, paralel şi la distanţă obişnuită (0,5 - 0,7 cm) de planul precedent ;

d. se face explorarea digitală corespunzătoare : pilor şi leziunile din zonă, papilă etc. şi, la nevoie, se calibrează liniile de secţiune parietală ;

e. se suturează tranşa posterioară cu fire nerezorbabile, totale, separate şi

f. planul anterior cu fire separate " în 8 " **(Vezi 15 - X - E).**

2. GASTRO-ENTEROANASTOMOZA

(Vezi 16 - IX - X)

B. INTERVENŢIILE PE PILOR :

1. PILOROPLASTIA EXTRAMUCOASĂ se conduce după aceleaşi principii ca şi în cazul piloroplastiei HEINECKE - MIKULICZ, dar secţiunea peretelui piloric este extramucoasă ; este o piloroplastie de fineţe şi cere un antrenament deosebit ; se poate realiza cu uşurinţă în cazurile în care vagotomia se asociază cu excizia unui ulcer gastric : pe

degetul introdus în lumenul piloric, secţiunea extramucoasă a pilorului este cu mult mai facilă şi mai sigură.

2. PILOROCLAZIA constă în " strivirea canalului piloric între degete ", ceea ce ar realiza divulzia muşchiului piloric.

3. PILOROPLASTIA FINNEY implică realizarea unui prim plan sero-musculo-seros care aduce în contact antrul cu duodenul **(Vezi - A - 1 - b)**. Se secţionează antrul şi duodenul aduse în contact, pe distanţă de 3 - 4 cm şi se unesc, la extremităţile superioare, printr-o incizie în arc sau în potcoavă, cu deschidere caudală ; rezultă o falie de perete antro - duodenal, care se aprofundează ; se realizează apoi, un plan posterior sau profund, în care sunt prinse : buza dreaptă a antrului şi buza stângă a duodenului şi un alt plan anterior sau superficial la care participă tranşa stângă a inciziei antrale şi cea dreaptă a inciziei duodenale.

4. ANTRO-DUODENOSTOMIA CU REZECŢIE SEGMENTARĂ VENTRALĂ A PILORULUI - BURLUI, realizează mai întâi un plan sero-musculo-seros între antru şi duoden **(Vezi A - 1 - b)**, pe distanţă de 3 - 6 cm.; paralel cu acest plan se realizează câte o incizie pe antru şi pe duoden ; prin breşa duodenală se introduce indexul stâng care străbate pilorul şi se exteriorizează prin incizia antrală ; pe degei, se unesc cele două incizii, în partea superioară, după care intervenţia decurge exact ca în piloroplastia FINNEY ; este una dintre cele mai frumoase şi mai elegante piloroplastii.

5. PILORECTOMIA PILOROPLASTICĂ STARR-JUDD constă în ridicarea, din peretele antro-piloro-duodenal, a unei rondele, a unui romb sau zone elipsoidale, cu marele ax longitudinal, conţinând leziunea ulceroasă, cicatricială sau perforată, după care sutura piloroplastică va urma tehnica deja descrisă ; în unele situaţii, sunt necesare mobilizări mai mult sau mai puţin ample ale duodenului în raport cu remanierile produse de procesul ulceros.

C. REZECŢIILE GASTRICE LIMITATE (antrectomia sau hemi-gastrectomia) urmează tehnicile gastrectomiilor.

(Vezi 15 - IX)

XI INCIDENTE şi ACCIDENTE INTRAOPERATORII

Socotite minore şi uşor de realizat, operaţiile pentru asigurarea vidanjului gastric sunt intervenţii delicate care cer experienţă şi tehnică bine puse la punct.

- Incidentele şi accidentele sunt destul de rare, nefiind vorba de disecţii întinse, intervenţia adresându-se, mai ales, planurilor anterioare ale stomacului şi duodenului ; ca atare, acestea pot decurge din sângerările locale sau din calitatea ţesuturilor pe care se intervine.
- Unul dintre cele mai serioase incidente, de ordin tactic, este reprezentat de nereperarea, cu precizie, a canalului piloric, ceea ce induce realizarea unei false piloroplastii, plasată pe duoden, mai ales în stenozele duodenale care sunt etichetate drept zonă pilorică ; confuzia atrage după sine, lăsarea intactă a pilorului, ceea poate compromite intervenţia.
- În alte situaţii, necesitatea de a ridica zone mari de perete piloric şi gastro-duodenal, determină o lipsă de substanţă care este greu de rezolvat sau determină suturi sub tensiune, riscante ; în astfel de situaţii este mai avantajos de trecut la o rezecţie adevărată, desigur mai limitată.

XII ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

ÎNGRIJIRILE POSTOPERATORII se confundă cu ale vagotomiei însăşi sau ale rezecţiilor

(Vezi 13 - XII, 15 - XII)

XIII COMPLICAŢII POSTOPERATORII

COMPLICAŢIILE POSTOPERATORII sunt comune cu ale rezecţiilor şi suturilor gastro-duodenale :

1. Hemoragia din tranşele de sutură reclamă tratament hemostatic sau, la nevoie, reintervenţii de hemostază.
2. Dehiscenţa de sutură :
   - = dacă este de mică importanţă se poate închide spontan sau la tratamentul nostru (repaus digestiv, drenaj corect) ;
   - = dacă este vorba de o dehiscenţă mare, reintervenţia este absolut necesară, altfel bolnavul se poate pierde prin peritonită generalizată gravă ; încercarea de resuturare a defectului parietal este sortită eşecului, motiv pentru care este de preferat adoptarea unei alte soluţii adecvate care să confere garanţia vindecării.
3. Peritonitele închistate, abcesele subfrenice şi supuraţiile parietale reclamă tratamentul cunoscut.

4. Piloroplastiile nonfuncţionale pot fi o realitate, mai ales datorate unei orientări tactice greşite ; în unele situaţii, reintervenţia corectoare nu poate fi evitată şi ceea ce este foarte important este să nu ratăm momentul optim pentru reintervenţie.

XIV SECHELE POSTOPERATORII

În general intervenţiile de asigurare a vidanjului gastric după vagotomia tronculară sunt bine tolerate şi dau bune rezultate prin ele însile.

- Rezultatele pot fi considerate bune sau mai puţin bune în contextul afecţiunii care a reclamat vagotomia şi gestul complimentar care poate influenţa rezultatul intervenţiei.
- Astfel, o piloroplastie inadecvată, poate induce apariţia dumpingului adevărat şi supărător sau să faciliteze un larg reflux duodeno-gastric, care poate obliga la intervenţii corectoare, după cum
- Diversele grade de stenoză postoperatorie şi evacuările dificile pot antrena apariţia precoce a ulcerului peptic postoperator.

XV REZULTATE, PROGNOSTIC

- Mortalitatea redusă, apropiată de zero, ca şi

Prognosticul, trebuie considerate în contextul complexului chirurgical.

15

REZECŢIA GASTRICĂ

I DEFINIŢIE

REZECŢIA GASTRICĂ este intervenţia chirurgicală prin care se realizează exereza a 2/3 distale ale stomacului şi a bulbului duodenal.

- ☞ **În practică, vorbind despre " rezecţia gastrică ", fără alte specificări, înţelegem rezecţia tipică pentru ulcerul gastro-duodenal, care este o rezecţie largă, în piesa de rezecţie incluzându-se 2/3 din stomacul nedilatat (3/5 din cel dilatat), precum şi jumătatea proximală a primei porţiuni a duodenului, în realitate fiind vorba de o rezecţie gastro-duodenală.**
- ☞ **Tot atât de corect este să vorbim despre o gastrectomie tipică sau largă, având în vedere că stomacul şi duodenul sunt interesate axial.**
- ☞ **Din punctul de vedere al întinderii, antrectomiile sau hemigastrectomiile, rezecţii limitate, sunt rezecţii insuficiente spre stânga, deci incorecte, dacă nu sunt dublate de vagotomie, cu risc crescut de apariţie a ulcerului postoperator, după cum extinderea rezecţiei către una subtotală sau totală, nu mai aparţine etiologiei ulceroase sau este reclamată de forme particulare, mult mai rare, de ulcer.**
- ☞ **În acelaşi timp, rezecţiile care nu interesează axul organelor (stomac şi duoden) devin rezecţii atipice care rămân în arsenalul terapeutic ca intervenţii de necesitate sau de**

completare a altor modalităţi terapeutice

II ANATOMIE CHIRURGICALĂ

A. STOMACUL, porţiunea cea mai dilatată a tubului digestiv, se află situat în etajul supramezocolic al marii cavităţii peritoneale, ocupând :

1. LOJA GASTRICĂ delimitată de :
   a. ficat şi diafragm (cranial),
   b. colonul transvers şi mezoul său (caudal),
   c. ficat (la dreapta) şi
   d. splină (la stânga),
   e. de peretele toraco-abdominal (ventral) şi
   f. pancreas (dorsal).
2. În această loje, STOMACUL ocupă numai segmentul ventral, cel dorsal fiind ocupat de " arrière-cavitatea epiplooanelor ", zonă anatomică destul de bine individualizată.
3. Stomacul este ancorat între două puncte fixe :
   a. cardia, care corespunde vertebrei D_{10-11} şi
   b. pilor, situat pe flancul drept al vertebrei L_1.
4. La dimensiunile de 25 / 12 / 8 cm, cu mari variaţii individuale, stomacul poate lua dimensiuni considerabile, mult mai rar citându-se atrofii gastrice (eventual în patologia corozivă).
5. RAPOARTELE stomacului sunt reprezentate de :
   a. ficat (faţa inferioară), diafragmul costal şi direct peretele anterior al abdomenului (ventral) ;
   b. arrière-cavitatea epiplooanelor şi, prin intermediul acesteia, pancreasul, ramurile trunchiului celiac şi marile vase (dorsal) ;
   c. micul epiploon şi faţa inferioară a ficatului (cranial) şi
   d. mezocolonul transvers, colonul transvers şi unghiul duodeno-jejunal (caudal).
6. MIJLOACELE DE FIXARE ale stomacului sunt reprezentate de :
   a. continuitatea cu esofagul şi cu duodenul, respectiv cardia şi pilorul care - indiferent de poziţia şi dimensiunile stomacului - rămân structuri anatomice fixe ;
   b. micul epiploon, cu cele două zone ale sale, pars flaccida şi pars condensa, care leagă stomacul de ficat,
   c. epiploonul gastro-colic şi
   d. epiploonul gastro-splenic, epiplooanele respective solidarizând curburile gastrice la organele vecine.
7. Din punct de vedere anatomo-funcţional, stomacului i se pot descrie

două zone, delimitate de verticala care coboară de-a lungul micii curburi gastrice :

a. o porţiune verticală, cuprinzând fornixul şi corpul gastric şi

b. o porţiune orizontală reprezentată de regiunea antro-pilorică.

VASCULARIZAŢIA

A R T E R E L E stomacului sunt asigurate de către trunchiul celiac, prin toate ramurile sale, care realizează :

1. **Cercul arterial al micii curburi**, la care participă coronara stomahică şi artera pilorică (din hepatică), anastomozate în plin canal,
2. **Cercul arterial al marii curburi**, format din gastroepiploicele dreaptă (din hepatică) şi stângă (din splenică),
3. **Arterele cardio-tuberozitare posterioare** (din splenică) şi
4. **Vasele scurte**, provenite din artera splenică.

V E N E L E se dună în doi colectori :

1. **Vena pilorică** şi
2. **Vena coronară**, ambele tributare venei porte.

L I M F A T I C E L E îşi trag originea din mai multe reţele : mucoasă, submucoasă, musculoasă şi subperitoneală, de unde ajung la colectorii teritoriali, dispuşi în 3 staţii :

Staţia I, cu 6 grupe ganglionare :

Grupul 1 : ganglionii paracardiali drepţi,
Grupul 2 : ganglionii paracardiali stângi,
Grupul 3 : ganglionii micii curburi,
Grupul 4 : ganglionii marii curburi,
Grupul 5 : ganglionii suprapilorici şi
Grupul 6 : ganglionii subpilorici.

Staţia a II-a, a ganglionilor secundari, cuprinde 5 grupe ganglionare :

Grupul 7 : ganglionii arterei coronare stomahice,
Grupul 8 : ganglionii arterei hepatice comune,
Grupul 9 : ganglionii trunchiului celiac,
Grupul 10 : ganglionii hilului splenic şi
Grupul 11 : ganglionii arterei splenice.

Staţia a III-a, a ganglionilor terţiari, înglobează tot 5 grupe :

Grupul 12 : ganglionii din ligamentul hepato-duodenal,
Grupul 13 : ganglionii retropancreatici,
Grupul 14 : ganglionii de la originea vaselor mezenterice superioare,
Grupul 15 : ganglionii de la originea arterei colice medii şi
Grupul 16 : ganglionii aflaţi de-a lungul aortei

N E R V I I provin din:

- vagi şi

- plexul celiac (simpatic).

B. DUODENUL intră în planul rezecţiei gastrice cu :

- prima porţiune, care are o direcţie oblică în sus şi la dreapta, pe flancul drept al primei vertebre lombare, având o lungime de cca 5 cm ; această primă porţiune a duodenului are două segmente, delimitate de artera gastro-duodenală :
  - = un segment liber, înconjurat pe toate feţele de seroasa peritoneală, mobil, întins între pilor şi artera gastro-duodenală şi
  - = un segment fix, retroperitoneal, între gastro-duodenală şi genunchiul superior al dodenului ;
- rapoartele delicate ale duodenului sunt reprezentate de :
  - = pancreas, cu care realizează un complex visceral,
  - = calea biliară principală care încrucişează prima porţiune a duodenului şi poate fi afectată de procesele patologice sau de disecţiile dificile ;
  - = zona papilo-oddiană, un raport ceva mai îndepărtat, de luat în consideraţie în cazuriie de ulcere jos situate sau de implantări înalte ale papilei.

C. PRIMA ANSĂ JEJUNALĂ (Vezi 17 - II)

D. MEZOCOLONUL TRANSVERS (Vezi 19 -II)

III OBIECTIVE şi PRINCIPII

OBIECTIVELE intervenţiei sunt reprezentate de :

- Obţinerea unui stomac hiposecretor şi anacid.
- Păstrarea unui rezervor gastric.
- Îndepărtarea leziunii ulceroase, cauză a unor reflexe nociceptive sau a unor complicaţii.
- Prevenirea posibilităţilor de recidivă.

PRINCIPII :

- Rezecţia gastrică face parte din intervenţiile cu caracter de radicalitate pentru ulcerul gastro-duodenal, fiind fundamentată din punct de vedere fiziopatologic şi verificată de practică drept valoroasă.
- Gastrectomia pentru ulcer este o rezecţie largă şi pentru a fi corectă ea trebuie să fie suficientă :
  - = către stânga, până la nivelul unei linii care uneşte :
    - mica curbură în locul unde coronara abordează peretele

gastric, cu
- marea curbură, în zona unde încep arcadele vasculare ;

= către dreapta, unde trebuie să intereseze prima jumătate a duodenului I, respectiv bulbul duodenal.

Ridicarea acestor segmente înseamnă 2/3 din stomacul nedilatat sau 3/5 din stomacul foarte dilatat.

◆ Restabilirea continuităţii digestive se va face în raport cu posibilităţile locale
= prin anastomoze gastro-duodenale, care par cele mai fireşti întrucât respectă circuitul normal al alimentelor dar nu sunt realizabile întotdeauna, sau
= prin anastomoze gastro-jejunale, cele mai vechi folosite şi cu valoare integral confirmată de practică.

◆ Rezecţia gastrică largă, aşa cum a fost enunţată, include - de cele mai multe ori - şi leziunea ulceroasă ; există însă, anumite situaţii în care leziunea ulceroasă nu poate fi ridicată şi ea este abandonată, realizându-se aşa numitele " rezecţii de excludere ", fără ca atributul de rezecţie largă să fie alterat, intervenţii bine fundamentate fiziopatologic şi care pot aduce vindecarea bolnavului.

IV INDICAŢII şi CONTRAINDICAŢII

INDICAŢIILE sunt reprezentate de :

1. Ulcerul gastro-duodenal, indicaţia - de departe - cea mai frecventă, care realizează :

a. indicaţii absolute :
= ulcerele complicate :
- perforaţie,
- hemoragie,
- stenoze şi
- penetraţii ;

= ulcerele rebele la tratament.

b. indicaţii relative :
= ulceroşii fără posibilitatea unui tratament medical adecvat,
= ulcerele endocrine, sindromul ZOLLINGER ELLISSON.

c. indicaţii speciale :
= ulcerele duble, gastric şi duodenal,
= ulcerele "în oglindă",
= ulcerul bulbar sau postbulbar,

= ulcerele gastrice sus situate,
= ulcerele restante,
= ulcerele recidivate sau postoperatorii,
= fistula gastro-jejuno-colică după rezecţie sau GEA,
= diverse intervenţii anterioare pentru ulcer gastro-duodenal.

2. Tumorile benigne :
   a. polipoza gastrică difuză sau polipii unici sau multipli, hemoragici sau cu suspiciunea de malignizare ;
   b. adenomul, fibromul şi angiomul gastric ;
   c. schwannomul gastric.
3. Unele leziuni traumatice sau posttraumatice :
   a. rupturile gastrice sau ale duodenului I,
   b. stenozele postcaustice,
   c. gastritele erozive, corpii străini cu leziuni severe de decubit.
4. Gastritele hemoragice fără răspuns la tratamentul medical.
5. Unele ulcere de stress, cu hemoragii severe şi nejugulate de tratamentul medical.
6. Gastritele flegmonoase limitate etc.

CONTRAINDICAŢII

1. Biologice :
   a. bolnavi aflaţi în stare de deficit biologic avansat, incapabili să facă faţă unei intervenţii de amploare ;
   b. adolescenţii şi tinerii, pentru care o rezecţie gastrică poate reprezenta o adevărată mutilare ;
   c. copiii pot fi afectaţi sever de o rezecţie gastrică, din cauza tulburărilor de creştere pe care le poate antrena ;
   d. vârstnicii avansaţi etc.
2. Anatomice :
   a. ulcerele jos situate, sub nivelul genunchiului superior,
   b. ulcerele juxtapapilare,
   c. ulcerele foarte înalte ş.a.m.d., situaţii în care suntem nevoiţi să recurgem la intervenţii de alt tip.

☞ **De remarcat că rezecţia gastrică îşi împarte indicaţiile de tratament chirurgical cu vagotomia, fără a se exclude una pe alta din arsenalul terapeutic al ulcerului gastro-duodenal ; dimpotrivă, ele se pot completa, ambele modalităţi chirurgicale având indicaţii bine precizate şi suficientă probă a timpului.**

☞ **Socotim că în acest mod, chirurgia ulcerului gastro-duodenal dispune de o paletă foarte largă de modalităţi din care chirurgul o va alege pe cea mai adecvată cazului dat.**

Specialistul este obligat să stăpânească şi să practice, în egală măsură, şi o intervenţie şi pe cealaltă, chiar dacă preferinţele sale se îndreaptă către una dintre modalităţi. Va veni întotdeauna un caz în care va trebui să părăsească propriile preferinţe şi să dea câştig de cauză celeilalte tehnici

V PREGĂTIRE PREOPERATORIE

PREGĂTIREA PREOPERATORIE are o mare importanţă pentru viitorul rezecat gastric şi, de multe ori, de calitatea acesteia depinde evoluţia postoperatorie a bolnavului.

Pregătirea generală :

- Pentru bolnavii aflaţi în indicaţii absolute, pregătirea trebuie să fie scurtă şi energică :
  - = pentru ulcerul perforat, analgeticul major se confundă cu preanestezia, sonda de aspiraţie devine un gest de rutină iar reechilibrarea diverselor compartimente afectate va fi începută ;
  - = pentru ulcerul hemoragic, cu exceptia unor situaţii dramatice, unde nu mai avem posibilitatea unui pregătiri preoperatorii şi unde doar efectuarea unei grupe sanguine şi a unui test de compatibilitate mai pot fi realizate, pregătirea preoperatorie va urmări reechilibrarea volemică, refacerea masei sanguine şi asigurarea unei oxigenări corecte, în paralel cu tratamentul hemostatic şi antiulceros : parenteral cel mai corect (cu preparate de care nu dispunem întotdeauna) ori, la nevoie, per os sau pe sonda gastrică ;
  - = bolnavii aflaţi în stare de stenoză reclamă o pregătire complexă, fără a uita că există şi situaţii în care, cu toate eforturile noastre, aceasta nu poate fi operantă, singură intervenţia cu caracter de urgenţă amânată putând rezolva starea de ocluzie înaltă, cu grave repercusiuni asupra întregii economii a organismului ; în aceste situaţii reechilibrarea biologică este de mare importanţă şi are în vedere restabilirea sau ameliorarea, până la limitele compatibile, a echilibrului volemic, hidro-electrolitic, acido-bazic, proteic, vitaminic etc. De remarcat că la unii bolnavi, un tratament preoperator corect poate ameliora condiţiile de evacuare gastrică, ceea ce ne va da posibilitatea să putem folosi, în reechilibrarea complexă, şi calea orală, de cea mai mare valoare ; de multe ori, pregătirea

preoperatorie nu trebuie să sconteze pe rezultate spectaculare, atât timp cât obstacolul generator se menţine, şi indicaţia operatorie, chiar amânată, nu trebuie să întârzie prea mult.

Pregătirea locală

- se rezumă la aplicarea sondei de aspiraţie, la evacuarea resturilor alimentare şi a secreţiilor gastrice stagnante ;
- nu vom renunţa la spălăturile cu glucoză şi la administrarea alcalinelor care ameliorează condiţiile secretorii ale stomacului.
- Pentru celelalte indicaţii, pregătirea generală şi locală va urmări restabilirea dezechilbrelor perturbate şi tratamentul dezordinilor organice constatate, utilizând elementele deja enumerate.

VI ANESTEZIE

În chirurgia modernă nu se mai poate vorbi despre alt tip de anestezie în afara **ANESTEZIEI GENERALE**, cea care conferă operatorului condiţii de confort chirurgical şi bolnavului siguranţa meritată ; celelalte modalităţi anestezice trebuie situate în contextul unor excepţii : **ANESTEZIA LOCALĂ** sau **DE CONDUCERE.**

VII INSTRUMENTAR

COMUN - tava mare de instrumente pentru chirurgia abdominală

SPECIAL - pense fine de disecţie, pense clampe moi, pensa de rezecţie LANE - THOMAS sau de alt tip, aspirator, bisturiu electric etc.

VIII DISPOZITIV OPERATOR

BOLNAV - în decubit dorsal comun, eventual cu sul la baza toracelui, cu membrele superioare în abducţie pentru perfuzie şi tensiometru.

☞ **Menţiunea membrelor superioare în abducţie apare ca un leit-motiv al acestui capitol. Dorim să remarcăm faptul, nu lipsit de importanţă, că această poziţie este extrem de incomodă şi obositoare pentru bolnav. Sigur că de cele mai multe ori nu o putem evita. Dar ceea ce putem face este să nu recurgem la aceasta de principiu, când nu este absolut necesară, să nu lăsăm bolnavul în această poziţie într-o aşteptare prelungită, a unei echipe chirurgicale care încă mai are de lucru pe sector sau a inducţiei care întârzie.**

ECHIPA OPERATORIE :

1. Operatorul - la dreapta bolnavului.
2. Ajutorul I - la stânga bolnavului.
3. Ajuto ul II - la dreapta operatorului.

IX TEHNICĂ

Duodeno-gastrectomie largă de tip PÉAN - BILLROTH I, pentru ulcer duodenal necomplicat.

A. CALEA DE ABORD - marea coeliotomie xifo-ombilicală.

B. EXPLORAREA ABDOMINALĂ, EXPLORAREA LEZIUNII şi reconfirmarea **DECIZIEI OPERATORII** evoluează conform principiilor cunoscute.

C. ELIBERAREA STOMACULUI :

1. Se începe prin punerea în tensiune a ligamentului gastro-colic, ajutorul exercitând o tracţiune blândă asupra colonului transvers şi a marelui epiploon ; se pătrunde în arrière-cavitatea epiplooanelor prin epiploonul gastro-colic, într-o zonă avasculară.
2. Din aproape în aproape, cu ajutorul penselor şi ligaturilor sau cu bisturiul electric, se secţionează epiploonul gastro-colic, cât mai aproape de stomac, pe toată zona care va fi interesată de rezecţie, adică până la locul unde încep arcadele vasculare ale marii curburi ; se apreciază libertatea feţei posterioare a stomacului şi, la nevoie, aceasta va fi realizată fără dificultate.
3. Se trece la eliberarea mici curburi, prin disocierea micului epiploon, din aproape în aproape, în pediculi mici, eliberare desăvârşită prin ligatura şi secţiunea pedicululuui coronarian (la nivelul unde acesta abordează mica curbură) şi a pedicululuui piloric ; în acest moment stomacul este eliberat circumferenţial şi se poate trece la

D. DISECŢIA DUODENULUI :

Folosind stomacul drept tractor, se eliberează prima jumătate a duodenului I, ligaturând, pas cu pas, toate conexiunile acestuia, la nivelul marginilor şi peretelui posterior, pe o distanţă convenabilă care să ne asigure o bună tranşă de anastomoză ; eliberarea poate fi dificilă dacă ne aflăm în faţa unui ulcer posterior şi penetrant în pancreas, dar aceasta poate fi realizată în cunoştinţă de cauză ; urmează

E. SECŢIUNEA DUODENULUI :

1. Se aplică o pensă clampă pe stomac, pentru a împiedica revărsarea conţinutului gastric, după care duodenul se secţionează net,

perpendicular pe axul organului, fie la nivelul viitoarei tranşe de anastomoză fie ceva mai proximal, urmând ca înainte de efectuarea anastomozei să facem retuşul definitiv. Nu obişnuim să pensăm duodenul dar folosim aspiratorul pentru a limita inundarea câmpului operator cu conţinut duodenal.

2. Hemostaza pe tranşa duodenală poate fi necesară, urmând ca după ce se controlează, endoluminal, vizual sau palpator, poziţia papilei oddiene şi se apreciază distanţa acesteia faţă de linia de secţiune duodenală, să acoperim duodenul cu o compresă moale umedă.

F. PREPARAREA TRANŞEI GASTRICE :

1. Se desăvârşeşte eliberarea curburilor gastrice şi, după aplicarea unei pense clampe deasupra locului de secţiune gastrică, oblic sau perpendicular pe axul organului, aceasta se va realiza pe toată lăţimea, de la mica spre marea curbură, ceea ce ne permite îndepărtarea piesei de rezecţie şi încredinţarea acesteia unui ajutor pentru examenul macroscopic şi trimiterea la laboratorul de hiostologie.

2. Se începe sutura tranşei gastrice dinspre mica curbură, cu fire separate de nylon 9 sau 10, trecute în aşa fel încât mucoasa gastrică să se ascundă între marginile sero-musculoasei ; aceasta se poate realiza străbătând peretele gastric oblic, din afară înăuntru (pentru peretele anterior) şi dinăuntru în afară (pentru peretele posterior) ; firele se înnoadă imediat, se păstrează în pense, şi se înaintează până la punctul care limitează o tranşă corespunzătoare cu calibrul duodenului ; sutura tranşei oarbe de pe stomac se perfectează prin realizarea buclei superioare a firului " în 8 " (**Vezi X - E**).

G. ANASTOMOZA GASTRO-DUODENALĂ este o anastomoză termino-terminală, în plan total unic, cu fire separate, în două tranşe, posterioară şi anterioară, evoluând după principiile cunoscute ale anastomozelor ; şi aici firele pot fi trecute oblic, ca la tranşa gastrică ; firul posterior se înnoadă în lumen, în timp ce firul anterior, în afară ; pentru tranşa anterioară se poate folosi acelaşi fir " în 8 "; acordăm o atenţie specială firului superior, aşa numitului " fir de colţ ", care face trecerea între anastomoza propriu-zisă şi tranşa oarbă a stomacului.

H. CONTROLUL CAVITĂTII PERITONEALE, DRENAJUL SUBHEPATIC şi REFACEREA PERETELUI ABDOMINAL încheie intervenţia chirurgicală.

X VARIANTE TEHNICE

Variantele tehnice sunt extrem de numeroase, fiecare timp al intervenţiei dispunând de foarte multe modalităţi de realizare, sunt foarte greu de sistematizat, cu atât mai mult cu cât aproape fiecare chirurg şi-a adus propria contribuţie la perfecţionarea tehnică. Astfel :

A. SENSUL REZECŢIEI :

1. În intervenţia descrisă operaţia a progresat de la dreapta spre stânga ; există variante în care evoluăm de la stânga către dreapta, cu avantajul că se foloseşte stomacul drept tractor pentru uşurarea disecţiei duodenale.

☞ **În practică, mai utilă este modalitatea de " cupă-recupă " în care secţiunea nu se face direct pe duoden ci la nivelul pilorului sau a antrului ; marginile secţiunii se ancorează cu pense, ceea ce permite introducerea unui deget în lumenul digestiv şi ne uşurează foarte mult disecţia şi eliberarea duodenului, tranşa anastomotică propriu-zisă fiind realizată în momentul secţiunii duodenale ; acest mod de a proceda convine mai ales cazurilor dificile, cu duoden precar.**

B. DECOLAREA sau DEZINSERŢIA COLO-EPIPLOICĂ poate înlocui secţiunea epiploonului gastro-colic dar este o modalitate mai mult rezervată gastrectomiei pentru cancer.

C. ANASTOMOZELE GASTRO-DUODENALE pot fi realizate în mai multe maniere :

1. Anastomoze termino-laterale : după sutura bontului duodenal foarte îngust, în ulcerele stenozante, tranşa gastrică va fi anastomozată pe faţa anterioară a duodenului II.
2. Anastomozele " în rachetă ": se suturează numai parţial bontul duodenal, în zona în care peretele nu se pretează la o anastomoză de calitate, tranşa duodenală lărgindu-se pe seama duodenului II, în limitele cerute de o anastomoză suficientă.
3. Mai rar, bontul duodenal poate fi anastomozat la stomac spre mica curbură.
4. Există multiple variante legate de anastomoza însăşi : în două planuri, cu fire extramucoase, cu ancorarea firelor la marginea craterului ulceros etc.
5. Secţiunea stomacului poate fi făcută oblic (SCHOEMACKER - BILLROTH), în aşa fel încât aceasta să urce mai mult pe mica curbură ; convine mai ales pentru rezecţiile limitate de tip antrectomie sau

hemigastrectomie.

D. ANASTOMOZELE GASTRO-JEJUNALE prilejuiesc şi mai multe variante care se referă atât la modalităţile de închidere a bontului duodenal cât şi la montajele gastro-jejunale.

1. Pentru bontul duodenal amintim :
   - = sutura într-un plan, cu fire separate, inversante " în 8 " întruneşte preferinţele noastre ;
   - = ligatura cu fir transfixiant de catgut şi înfundarea în bursă seroasă, ca pentru apendice ;
   - = sutură cu surjet de catgut şi al doilea plan sero-musculo-seros cu fire separate de nylon ;
   - = tehnicile de rezecţie a mucoasei duodenale şi sutura de bont rămân în actualitate pentru rezecţia de excludere ;
   - = sutura incompletă a duodenului cu realizarea unei fistule dirijate ne poate scoate din impas, şi pe noi şi pe bolnav, pentru cazurile deosebit de dificile ;
   - = diversele modalităţi de sutură pe pensă sau ecrazor au un interes istoric.

2. Montajul gastro-jejunal poate fi realizat în numeroase maniere :

a. **REICHEL - POLYA,** cel mai frecvent folosit, este un montaj gastro-jejunal termino-lateral, pe toată lungimea tranşei gastrice, în anizoperistaltism (ansa aferentă la mica curbură), cu ansă scurtă, transmezocolic, cu fixarea breşei mezocolice la stomac, în dublu plan (total şi sero-musculo-seros) şi surjet ;

b. **KRÖNLEIN** realizează acelaşi montaj dar precolic ;

c. **HOFFMEISTER - FINSTERER** presupune montajul termino-lateral dar numai pe o parte a tranşei gastrice, restul tranşei gastrice fiind suturată şi, eventual, acoperită de ansa aferentă ;

d. **MOYNIHAN** realizează anastomoza ca la REICHEL-POLYA dar în izoperistaltism ;

e. **BALFOUR** presupune un montaj precolic anizoperistaltic dar cu BRAUN la piciorul ansei ;

f. după **ROUX,** se poate realiza un montaj în " Y ", modalitate mult agreată în ultima vreme întrucât este creditată ca evitând, în cel mai înalt grad, refluxul duodeno-gastric, unul dintre elementele de critică la adresa anastomozelor gastro-jejunale sau chiar gastro-duodenale ;

g. în tehhica **BILLROTH II** sutura tranşei gastrice se face în totalitate, ansa jejunală fiind anastomozată pe peretele anterior al bontului gastric.

3. Rezecţia de excludere este indicată în cazurile în care leziunea

ulceroasă nu poate fi îndepărtată fără risc major. Astfel :

a. în ulcerele duodenale penetrante cu adevărat, în pancreas, în pedicului hepatic sau care au o poziţie joasă, riscul ridicării leziunii ulceroase ne obligă la a o abandona ; există posibilitatea excluderii ulcerului sau a duodenului, după caz ; în aceste situaţii, pentru a diminua rolul stimulator al bulbului duodenal asupra secreţiei gastrice, se excizează cât mai mult din mucoasa duodenală, se rezolvă bontul duodenal într-una din modalităţile cunoscute, rezecţia largă terminându-se cu un montaj gastro-jejunal ;

b. în ulcerele foarte sus situate, în apropierea cardiei, se poate încerca rezecţia " în scară " PAUCHET sau, dacă aceasta nu este posibilă, ulcerul se abandonează (eventual după sutura lui dacă este vorba de un ulcer hemoragic), realizându-se rezecţia de excludere tip KELLING - MADLENER ;

☞ **Sigur că lăsarea leziunii ulceroase pe loc are unele dezavantaje, legate, mai ales, de posibilitatea ca aceasta să evolueze pe cont propriu (perforaţie, hemoragie sau malignizare) ; în marea majoritate a cazurilor radicalitatea şi patogenitatea rezecţiei, creează premisele pentru vindecarea acestor ulcere, încât rezecţiile de excludere au justificarea menţinerii lor în arsenalul terapeutic al ulcerului gstro-duodenal.**

E. Există multiple variante legate de **SUTURILE** în sine, mai ales în ultima vreme când firele de suturǎ au cunoscut perfecţionări extrem de variate :

= suturile într-un plan sau două, cu fire separate sau cu surjet, cu material rezorbabil sau nu, cu ligatura subseroasă a vaselor ş.a.m.d., sunt folosite în mod diferit de fiecare chirurg, în raport cu materialele de care dispune şi de obişnuinţele proprii ; toate aceste modalităţi nu reprezintă altceva decât eforturi pentru realizarea unor suturi şi, respectiv, a unor anastomoze cât mai sigure şi suple, care să minimalizeze tulburările postoperatorii imediate şi îndepărtate ;

= suturile mecanice au intrat deja în arsenalul tehnic al suturilor şi anastomozelor pentru serviciile care dispun de mijloacele corespunzătoare ;

☞ **în ceea ce ne priveşte, preferinţele noastre au în vedere FIRUL ÎN 8 DE CIFRĂ, care ne-a dat satisfacţie deplină, pe care îl descriem în amănunt şi pe care îl recomandăm colegilor :**

* **Este vorba de un fir care realizează un prim strat, total, pentru indiferent ce perete digestiv, fără nici o**

precauţie particulară, care se înnoadă în mod obişnuit şi care încheie, astfel, bucla inferioară a cifrei 8 ;

* **După ce firul a fost înnodat, fiecare capăt al firului este trecut pe versantul corespunzător al suturii sau anastomozei, încărcând peretele după necesităţile locale şi dorinţa chirurgului, mai superficial (seros) sau mai profund (sero-musculos), în nici un caz penetrant (!), după care firul se înnoadă din nou, realizând bucla superioară a cifrei 8.**
* **Avantajele acestui fir sunt :**
  - **între cele două planuri nu se menajează nici un spaţiu sau acesta este minim,**
  - **sutura este mai sigură,**
  - **materialul de sutură se reduce faţă de sutura în dublu plan şi**
  - **ceea ce este mai important, este că trecerea firului pentru planul superficial poate fi făcută în raport cu situaţia locală : perpendicular sau paralel cu linia de sutură, mai decalat sau nu, chiar în L, oricum în aşa fel încât acesta să perfecteze sutura, în raport cu tranşa profundă.**
* **E adevărat că, în fapt, este vorba de o sutură suprapusă şi ceva mai laborioasă dar în experienţa noastră, ea apare deosebit de avantajoasă.**

XI INCIDENTE şi ACCIDENTE INTRAOPERATORII

Sunt la fel de numeroase şi ele, fiind vorba de o intervenţie delicată, laborioasă, care evoluează într-o zonă anatomică complexă, cu raporturi importante şi, mai ales, remaniată profund de procesele patologice. Astfel :

A. LEZAREA UNOR VASE poate surveni în cursul manevrelor de eliberare a stomacului şi duodenului :

- lezarea coronarei sau, mai frecvent, deraparea pensei sau a ligaturii de pe pedicului coronarian, realizează un hematom foarte supărător, cu caracter extensiv, care cere intervenţie rapidă şi soluţionare în consecinţă ; pensările oarbe şi la întâmplare, în

absenţa reperajului exact, nu rezolvă accidentul şi sunt deosebit de riscante ;

- lezarea arterei hepatice, în cursul disecţiei duodenale, chiar dacă poate fi considerată o greşeală de începător, nu este exclusă şi poate induce complicaţii severe, ligatura vasului fiind singura soluţie ; urmărirea bolnavului, tratamentul intensiv, antibioticele, drenajul corespunzător etc., pot acoperi o necroză hepatică limitată, în nici un caz una extinsă ;
- lezarea vaselor colice, în timpul eliberării marii curburi sau al preparării breşei mezocolice poate rămâne fără urmări sau, dimpotrivă, să oblige la colectomie, recunoaşterea accidentului obligându-ne la o atenţie desosebită asupra viabilităţii colonului ;
- lezarea arterei splenice sau a splinei, aceasta din urmă deloc foarte rară, prin tracţiunile necontrolate sau prin valva mânuită neelegant de către ajutor, obligă la splenectomie, care va fi trecută în protocolul operator, bine înţeles, drept o splenectomie " tactică ". Atenţie la rupturile nesezisate intraoperator !

B. LEZIUNILE BILIARE pot surveni în ulcerele penetrante în pedicului hepatic sau în cele jos situate, când chirurgul se încăpăţânează să ridice, cu orice preţ, leziunea ulceroasă ;

- calea biliară poate fi interceptată în timpul disecţiei duodenului sau al suturii bontului duodenal, unul dintre fire sau mai multe, încărcând şi calea biliară principală, parţial sau total ; în prima situaţie intervine o peritonită biliară severă, în cea de a doua un icter precoce şi progresiv ;
- papila oddiană poate fi şi ea lezată, fie că se inseră înalt fie că tranşa de secţiune a duodenului este prea aproapiată de aceasta ; mai mult,
- în ulcerele joase sau juxta-papilare, se poate produce o dezinserţie a papilei, accident deosebit de sever, care cere un timp reparator bine realizat (vezi mai departe).

C. LEZIUNILE PANCREATICE pot surveni în aceleaşi circumstanţe, ale unor ulcere dificile :

- uneori este vorba de leziuni ale unor acini glandulari, (mai ales în condiţiile unui pancreas inelar existent), accident naplăcut dar cu vindecare spontană, fără tratamente speciale, ci doar cu urmărirea bolnavului, în condiţiile unor canale excretorii pancreatice libere ;
- în alte situaţii, chirurgul angajat în ridicarea ulcerului, nu mai poate da înapoi şi, din aproape în aproape, " mai cu foarfecele, mai cu

bisturiul - SANTORINI e de mult legat " (PATEL), operatorul se trezeşte cu papila dezinserată fără a fi sezisat că o realizează ; uneori recunoaşterea dezinserţiei papilare poate scăpa chirurgului ; soluţionarea accidentului cere o experienţă deosebită, ca şi o tehnicitate particulară, implantarea papilei într-o ansă jejunală exclusă, fiind soluţia cea mai bună.

☞ **Adeseori, pentru a nu mai prelungi actul operator, şi aşa destul de lung în condiţiile unui ulcer dificil, este mai bine ca operatorul să adopte soluţii de moment : cateterizări canalare corecte care să salveze bolnavul, urmând ca într-un timp ulterior să fie rezolvat acest accident, pregătiţi şi documentaţi asupra modalităţilor de soluţionare sau dând cuvântul unei alte echipe mai calificate sau mai antrenate ; soluţiile fanteziste şi nefundamentate, adoptate sub imperiul şi presiunea accidentului intraoperator şi al complicaţiilor posibile, pot duce la pierderea bolnavului.**

D. Alte accidente posibile ţin de leziunea ficatului, a colonului, a venei porte sau cave etc.

E. Dificultăţile în reperarea primei anse jejunale pot determina anastomoze inadvertente **(Vezi 14 - X).**

XII ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

ÎNGRIJIRILE POSTOPERATORII au importanţă particulară pentru evoluţia rezecatului gastric şi continuă pregătirea preoperatorie :

- sonda de descărcare gastrică trebuie menţinută un timp strict necesar ;
- analgeticele şi reechilibrarea hidrică, electrolitică, proteică şi sanguină etc., se vor desfăşura conform datelor oferite de bolnav şi de laborator ;
- antibioticele sunt rareori recomandate, pentru situaţii speciale ;
- mobilizarea precoce şi gimnastica respiratorie contribuie la prevenirea complicaţiilor bronho-pulmonare şi circulatorii şi, mai ales, a bolii trombo-embolice ;
- reluarea unei alimentaţii naturale cât mai precoce şi cât mai complexe, repartizate în prânzuri mici şi mai dese, contribuie la reluarea tranzitului digestiv şi la un mers postoperator favorabil.

XIII COMPLICAŢII POSTOPERATORII

Imediate :

a. **Hemoragia** poate fi :

= intraperitoneală, prin deraparea unei ligaturi sau dintr-o leziune ignorată de splină ; în raport cu intensitatea hemoragiei, în cadrul unei urmăriri corecte a bolnavului, reintervenţia de hemostază se impune sau nu ; nu trebuie să ne lăsăm amăgiţi de aspectele înşelătoare care ne pot costa mai mult ;

= hemoragia în lumenul digestiv, poate avea sursa în tranşa de sutură sau anastomoză ; sângele se exteriorizează prin sonda de aspiraţie (n-o uităm niciodată !) sau prin vărsătură şi este în măsură să ne îngrijoreze ; urmărirea foarte atentă şi activă a pacientului, ca şi un tratament medical trebuie încercat : hemostaticele (mai mult cu valoare de " acoperire " sau de autoliniştire), golirea bontului gastric de cheaguri, introducerea unor soluţii de ser fiziologic călduţ, soluţiile de EAC sau, mai bine, de noradrenalină, pot fi operante în anumite situaţii ; tratamentul general va continua corect şi susţinut în raport cu datele clinice şi de laborator ; în cazurile de eşec, reintervenţia de hemostază se impune, în timp oportun, înainte de exanguinarea bolnavului ; reintervenţia de hemostază are loc, de cele mai multe ori, în primele 24 - 48 de ore şi vom avea destule motive să ne felicităm pentru că nu am aşteptat mai mult ; cel mai frecvent, colegul anestezist-reanimator este cel care insistă pentru reintervenţie (are el semnele lui !) şi nu trebuie să-l desconsiderăm ;

☞ **În ceea ce priveşte soluţiile, opiniem, nu pentru desfacerea suturilor sau a anastomozelor (mai laborioase şi mai riscante, o nouă sutură putând fi la fel de sângerândă ca şi prima !), ci pentru o incizie bine plasată pe peretele anterior al bontului gastric care ne permite evacuarea stomacului, evidenţierea sursei de hemoragie şi aplicarea ţintită a unui fir de hemostază care rezolvă situaţia şi ne readuce liniştea ; este adevărat că vom avea o linie de secţiune şi de sutură în plus, dar ... stomacul este un organ răbdător !**

Precoce :

a. **Edemul de gură** poate surveni în ambele montaje anastomotice şi poate fi pasager sau, dimpotrivă, persistent şi îngrijorător ; se pot administra pe sonda din bontul gastric, soluţii hipertonice de glucoză

20 sau 33 %, împreună cu xilină 1 % (40 ml) şi cu 200 mgr de hemisuccinat de hidrocortizon, instilaţii repetate la 12 ore ; aceste instilaţii au efect favorabil dar nu trebuie să neglijăm administrarea soluţiilor necesare de electroliţi şi combaterea stărilor de anemie şi hipoproteinemie ;

b. **Dezunirile de anastomoză**, de diferite calibre, survin rar în anastomozele gastro-jejunale şi mai frecvent în cele gastro-duodenale, lucru explicabil, mai ales, prin calitatea ţesuturilor care intră în componenţa anastomozelor cu duodenul ;

= când aceste dezuniri au un debit mic şi permit - condiţie esenţială - o alimentaţie corectă şi eficientă, drenajul corect, tratamentul general susţinut şi supravegherea bolnavului, pot duce la vindecare ;

= în cazurile de dehiscenţe care depăşesc o treime din circumferinţa anastomozei, şansele vindecării sunt mici, pericolul peritonitelor generalizate este real şi reintervenţia se impune ; în aceste situaţii,

- sutura soluţiei de continuitate este, de principiu, sortită eşecului : ţesuturile infiltrate, devascularizate (poate că un grad de ischemie a dus la dehiscenţa însăşi !) nu ne permit o etanşare în cele mai bune condiţii, şi în acelaşi timp, să avem garantată şi libertatea de lumen digestiv ;
- credem că, mai bine este să recurgem la o sutură (grosolană chiar !) a zonei de dehiscenţă sau la plombarea ei cu epiploon, fără a ne preocupa de libertatea de lumen, aceasta fiind realizată printr-o gastroenteroanastomoză, cu valoare de protecţie şi de alimentare ;
- putem să recurgem şi la soluţii de moment : o etanşare a dehiscenţei în jurul unui PEZZER gros, pentru a dirija o parte din conţinutul digestiv la exterior şi cu plasarea corectă a unei sonde de alimentaţie cât mai departe în jejun, urmând ca după ieşirea din starea critică a bolnavului, să reintervenim pentru o soluţie definitivă, în care reconversiunea montajului gastro-duodenal într-unul gastro-jejunal are prioritate faţă de oricare alte soluţii ;

c. **Peritonitele generalizate** pot surveni prin poluare peritoneală intraoperatorie, în cazul unor mici dehiscenţe de sutură care trec neobservate sau la bolnavii cu rezistenţă precară ;

d. **Peritonitele localizate,** (sub forma abceselor subfrenice) sunt mai frecvente, pot apare mai ales după ulcerele perforate ori au aceeaşi

etiologie ca şi peritonitele generalizate ; evoluţia nesatisfăcătoare a bolnavului ne poate trimite cu gândul la această posibilitate, ceea ce impune - după caz - atitudine corespunzătoare ;

e. **Fistula de bont duodenal** are o frecvenţă medie şi devine manifestă prin pierderi biliare, bilio-pancreatice sau alimentare, la 4 -7 zile postoperator, de cele mai multe ori pe la nivelul traiectului fostului tub de dren ; dehiscenţa de bont duodenal are un prognostic cu mult mai benign decât dezunirea de anastomoză gastro-duodenală, tocmai pentru faptul că aceasta se află în afara circuitului digestiv principal şi că este posibilă o alimentaţie eficientă prin montajul gastro-jejunal, factor de mare importanţă pentru bolnav ; spontan sau sub influenţa tratamentului activ, prin instilarea sau chiar perfuzarea lentă a unor soluţii de acid lactic 4,7 % (metoda TREMOLLIÈRE), fistula de bont are o netă tendinţă la închidere ;.

f. fistulele biliare sau icterul mecanic postoperator au, ca etiologie, leziuni biliare ignorate.

Complicaţiile tardive :

a. **Ocluziile postoperatorii** pot fi urmarea unui sindrom aderenţial precoce, a unor leziuni obstructive ignorate, unor incorecte finisări a breşei mezocolice sau chiar angajării unei anse în fanta retro-anastomotică ; se citează, de asemenea, invaginarea ansei eferente în bontul gastric ; de cele mai multe ori reintervenţia este necesară.

XIV SECHELE POSTOPERATORII

◆ Rezecţia gastrică nu este lipsită de unele neajunsuri, fiind o intervenţie mutilantă pentru unul dintre organele capitale ale digestiei ; experienţa acumulată de-a lungul timpului a arătat că aproximativ 20 % din bolnavii rezecaţi manifestă o suferinţă de diferite grade şi divers manifestată, care a şi conturat capitolul de patologie denumit " stomacul operat ", cu individualităţi bine precizate ; se pare că, în ultimul timp, graţie îmbunătăţirii tehnicii chirurgicale, practicării mai frecvente a anastomozelor gastro-duodenale şi, mai ales, datorită diversificării soluţiilor chirurgicale şi unor medicamente eficiente, procentul de suferinţă postoperatorie este din ce în ce mai redus, fără a lipsi din cazuistica serviciilor medicale sau chirurgicale. Aceste sechele pot fi reprezentate de :

1. **Ulcerul postoperator**, cu multiple variante :
   a. ulcerul peptic postoperator sau anastomotic ;
   b. ulcerul de fir, o realitate care poate fi pusă în evidenţă sau chiar rezolvată (!) pe cale endoscopică ;
   c. ulcerul restant, în situaţiile în care leziunea ulceroasă nu a fost ridicată ;
   d. ulcerul recidivat sau recurent, atunci când leziunea ulceroasă a fost îndepărtată dar reapare.
2. **Gastrita bontului**,
3. **Sindromul stomacului mic**,
4. **Dumping-sindromul**,
5. **Sindroamele de ansă aferentă şi eferentă** şi
6. **Sindroamele carenţiale,** de diverse tipuri, alimentează capitolul, destul de amplu, al " stomacului operat ".
7. **Refluxul gastro-esofagian** este o realitate din ce în ce mai frecvent menţionată în patologia postoperatorie, graţie unor modalităţi de explorare eficiente, este mereu mai bine studiat şi se schiţează conturarea unor soluţii corespunzătoare.
8. **Cancerul de bont gastric** nu este o raritate, fie că este vorba de un cancer ignorat, tratat ca ulcer şi care devine manifest după un număr oarecare de ani, de un cancer care poate apare pe un stomac operat aşa cum poate apare pe unul indemn de operaţie fie, lucrul cel mai important pentru noi, că acest cancer survine pe bontul gastric, datorită condiţiilor create de rezecţia gastrică, respectiv de sărăcia secreţiilor gastrice şi de anaciditatea indusă de actul operator.

☞ **Cancerul de bont survine după un interval mare, de cca 15 - 20 de ani de la rezecţie, ne întâlnim acum cu proprii noştri rezecaţi, de unde convingerea că rezecţia gastrică trebuie rezervată bolnavilor mai vârstnici care nu mai au timp să facă un cancer de bont, şi în nici un caz unui subiect tânăr pentru care această posibilitate există. De aici şi credinţa noastră nestrămutată în vagotomie, care induce un stomac hipoacid şi lasă o plajă cu mult mai mare de modalităţi corectoare (inclusiv rezecţia gastrică), ca şi riscul mai redus al unui cancer postoperator.**

XV REZULTATE, PROGNOSTIC

◆ Mortalitatea globală pentru rezecţia gastrică menţionează valori de

2 -3%.

- Bancu : " nu poate fi justificată pierderea unui bolnav operat pentru ulcer gastro-duodenal, afecţiune benignă şi cu multiple posibilităţi terapeutice medicale şi chirurgicale ".
- Este tot atât de adevărat că încă mai întâlnim destui bolnavi în stare gravă, uneori depăşiţi, cu ulcere perforate care datează de un timp incredibil de lung, cu hemoragii persistente şi anemii severe, de 3 - 4 gr de Hgb, bolnavi cu stenoze cu vechi stagii de tratamente în serviciile medicale sau chiar psihiatrice ori pentru care intervenţia chirurgicală necesară reprezintă şi primul apel la tratament.
- Mai mult, în marea lor majoritate, bolnavii cu ulcer chirurgical, sunt purtători ai unor leziuni grosolane care obligă la ridicarea sau, dimpotrivă, la abandonarea lor. Este şi motivul pentru care am optat aproape definitiv pentru vagotomia tronculară, vagotomia selectivă sau supraselectivă neputând fi aplicată acestor forme de ulcere avansate

☞ **Cu toată convingerea noastră că ulcerul gastro-duodenal va deveni o afecţiune strict medicală, nu putem face abstracţie de multitudinea de bolnavi ulceroşi care constituie încă, un capitol de patologie de primă mărime şi de actualitate incontestabilă. În raport cu alte zone geografice nu prea îndepărtate, ulcerul gastro-duodenal constituie, prin problematica sa, principalul capitol de patologie pentru serviciile noastre chirurgicale. Nici nu se poate vorbi de un abuz de indicaţie chirurgicală atât timp cât operaţiile de urgenţă, pentru perforaţii şi hemoragie ating valori procentuale de 30 - 35 din numărul bolnavilor operaţi. Pe alte meleaguri, ulcerul gastro-duodenal chirurgical a devenit o raritate iar specialiştii tineri cunosc tehnicile de rezecţie doar din cărţi şi tratate. În schimb tratamentul medicamentos dispune de o largă paletă de produse eficiente care, alături de o alimentaţie corectă, au redus incidenţa ulcerului chirurgical. Dar ceea ce ni se pare foarte interesant este faptul că aceleaşi produse medicamentoase, curente în prezent şi în ţara noastră, nu au redus, ca incidenţă, proporţia ulcerului chirurgical.**

- Rezultatele şi prognosticul postoperator sunt foarte bune şi bune, în proporţie de 80 %, cu excepţia celor care continuă să sufere (20%) şi din care, o parte va ajunge din nou pe masa de operaţie, într-o indicaţie chirurgicală de urgenţă sau programată iar o altă parte va

continua să apeleze la tratamentul medicamentos.

- Suferinţa postoperatorie apare destul de precoce, aproximativ în primul an şi, prin persistenţă, obligă la multiple internări în serviciile de medicală sau de chirurgie, unde suferinţa poate fi obiectivată : hipersecreţie, hiperaciditate, imagini radiologice sau endoscopice sugestive.

Prognosticul este favorabil pentru o bună majoritate a bolnavilor, care pot fi reintegraţi în activitatea profesională şi socială, ceea ce subliniază valoarea terapeutică a rezecţiei gastrice.

16

GASTRO - ENTEROANASTOMOZA

I DEFINIŢIE

GASTRO-ENTEROANASTOMOZA (GEA) este intervenţia prin care se realizează o comunicare directă între stomac şi prima ansă jejunală.

II ANATOMIE CHIRURGICALĂ

A. STOMAC
(Vezi 15 - II)
B. INTESTIN
(Vezi 17 - II)
C. MEZOCOLON TRANSVERS
(Vezi 19 - II -C)

III OBIECTIVE şi PRINCIPII

GEA face parte dintre derivaţiile interne ale tubului digestiv şi poate fi realizată ca intervenţie de sine stătătoare (obiectul descrierii prezente) sau să constituie unul dintre timpii unei intervenţii mai complexe.

OBIECTIVUL PRINCIPAL al intervenţiei este realizarea unei comunicări directe, imediate, între punctul cel mai decliv al stomacului şi prima ansă jejunală, în aşa fel încât evacuarea stomacului să se facă în cele mai bune condiţii.

- **PRINCIPIILE** care guvernează intervenţia sunt :

= utilizarea căii celei mai scurte şi directe ;
= gura de anastomoză trebuie să fie :
  – pe stomac :
    * cât mai aproape de pilor,
    * cât mai aproape de marea curbură şi
    * pe cât posibil, pe faţa posterioară a stomacului ;
  – pe jejun :
    * cât mai aproape de unghiul duodeno-jejunal,
    * cu ansă aferentă cât mai scurtă ;
= direcţia gurii de anastomoza poate fi :
  – orizontală,
  – oblică sau
  – verticală ;
= montajul anastomotic poate fi realizat în :
  – izoperistaltism sau
  – anizoperistaltic.
= comunicarea trebuie să fie de dimensiuni corespunzătoare, în nici un caz exagerat de largă.

IV INDICAŢII şi CONTRAINDICAŢII

INDICAŢIILE rezultă din însăşi configuraţia operaţiei şi derivă din contraindicaţiile altor intervenţii ; ea urmăreşte :

= fie scurtcircuitarea segmentului distal al stomacului sau a duodenului, blocate de leziuni inextirpabile definitiv sau pentru un timp oarecare, fie
= punerea în repaos a zonelor respective dar
= cu asigurarea unui circuit digestiv eficient. În consecinţă :

1. Cancerul jumătăţii distale a stomacului, fie cu leziune inextirpabilă, intervenţie cu caracter paliativ, fie pentru scoaterea bolnavului din starea de stenoză tumorală, urmând ca într-o intervenţie ulterioară să realizăm o operaţie cu caracter de radicalitate.
2. Stenozele duodenale primitive sau secundare prin extensia unor cancere de vecinătate.
3. Stenozele duodenale prin pancreas inelar, postoperatorii, posttraumatice sau, mai rar, postcaustice.
4. Ulcerul gastro-duodenal :
   a. ca timp complimentar al unei vagotomii tronculare ;
   b. în unele stenoze pilorice foarte strânse, la vârstnici sau taraţi, la care o intervenţie de amploare poate reprezenta un factor de risc

major ;

c. în completarea unei suturi de perforaţie ulceroasă care implică un grad de stenoză ;

d. pentru tratamentul ulcerelor la unii bolnavi foarte graşi sau cu ulcere dificile.

De remarcat că gastro-enteroanastomoza ca atare este o intervenţie perimată pentru ulcerul gastro-duodenal dar, în anumite situaţii de excepţie, ea poate reprezenta o soluţie de moment ; nu sunt rare nici cazurile în care unii bolnavi purtători ai unei GEA nu mai revin niciodată pentru operaţie.

5. În stenozele antrale sau pilorice poscaustice fără alte soluţii posibile.

6. În unele traumatisme duodeno-pancreatice, cu sau fără soluţie de continuitate, fie pentru a preîntâmpina neajunsurile unor fistule care pot surveni ulterior, fie pentru a pune la adăpost suturile realizate.

7. În patologia unghiului duodeno-jejunal (tumori, stenoze, pense vasculare etc.) nerezolvabile prin alte procedee.

CONTRAINDICAŢIILE sunt destul de rare, reprezentate de situaţiile în care, cu un efort minim şi fără risc pentru bolnav, putem realiza alte intervenţii mai convenabile pentru bolnav.

V PREGĂTIRE PREOPERATORIE

PREGĂTIREA PREOPERATORIE se face în raport cu afecţiunea şi cu stadiul bolii care o reclamă ; în unele situaţii GEA este o intervenţie de ultimă resursă, chiar cu titlul de intervenţie paliativă.

Pregătirea generală vizează :

- O pregătire biologică : rehidratare, restabilirea echilibrului electrolitic şi acido-bazic, tratamentul anemiilor şi al hipoproteinemiei, hipovitaminozelor etc.
- Pregătirea viscerală : cardio-pulmonară, hepato-renală etc. va avea în vedere deficitele organice prezente.

Pregătirea locală poate fi sumară sau să însemne evacuarea gastrică repetată, uneori greu de realizat : stomacul aton nu mai poate produce vărsătura iar golirea cavităţii gastrice devine dificilă prin conţinutul abundent şi păstos.

VI ANESTEZIE

ANESTEZIA GENERALĂ convine marii majorităţi a bolnavilor, întrucât ne dă posibilitatea unei explorări corecte şi a evaluării situaţiei lo-

cale, în cele mai bune condiţii.

Este tot atât de adevărat că o GEA, ca gest minim dar cu valoare mare pentru anumiţi bolnavi, se poate realiza în condiţiile unei **ANESTEZII PERIDURALE** sau chiar a unei **ANESTEZII LOCALE** de foarte bună calitate.

VII INSTRUMENTAR

COMUN - tava pentru intervenţii andominale mari.
SPECIAL - pense clampe, aspirator.

VIII DISPOZITIV OPERATOR

BOLNAVUL - în decubit dorsal comun, eventual cu sul la baza toracelui, cu membrele superioare în abducţie pentru perfuzii şi aparat de tensiune ;

ECHIPA OPERATORIE :

1. Operatorul - la dreapta bolnavului.
2. Ajutoarele - la stânga bolnavului.

IX TEHNICĂ

Gastro-enteroanastomoza transmezocolică posterioară izoperistaltică, procedeul STILES.

A. INCIZIA - laparotomie supraombilicală xifo-ombilicală, de mai mică sau mai mare lungime, în raport cu subiectul.

B. EXPLORAREA corectă, pentru evaluarea posibilităţilor operatorii privesc : stomacul, duodenul, colonul şi mezocolonul transvers, jejunul şi unghiul duodeno-jejunal, celelalte organe din peritoneu.

C. ELIBERAREA MARII CURBURI a stomacului evoluează prin secţiunea ligamentului gastro-colic sau prin decolare colo-epipolică comună, pe distanţă convenabilă, de cca 8 -10 cm, în zona viitoarei anastomoze ; eliberarea feţei posterioare a stomacului de aderenţele posibile.

D. SECŢIUNEA MEZOCOLONULUI TRANSVERS se face într-o arie avasculară, vertical, pe toată înălţimea mezocolonului.

E. IDENTIFICAREA PRIMEI ANSE JEJUNALE nu prezintă dificultăţi dacă ne conducem după principiile deja cunoscute.

F. TRANSPUNEREA PRIMEI ANSE JEJUNALE ÎN SPAŢIUL SUPRAMEZOCOLIC se face cu uşurinţă, prin breşa din mezocolon.

G. PLASAREA ANSEI ÎN IZOPERISTALTISM se realizează cu

mare atenţie, prin manevra LUCKE - ROCKWITZ : capătul fix al ansei spre splină.

H. PLASAREA PENSELOR DE COPROSTAZĂ şi REALIZAREA ANASTOMOZEI, în dublu plan (total şi seromusculo-seros), se realizează cu ajutorul unui surjet de catgut şi al unuia de nylon subţire, conform tehnicilor bine cunoscute.

I. FIXAREA CONULUI GASTRIC la breşa mezocolică, după ce anastomoza a fost plasată submezocolic, cu fire separate nerezorbabile, încheie timpul visceral.

J. SUTURA FANTEI RETRO-ANASTOMOTICE, dacă ea s-a format, şi

K. CONTROLUL CAVITĂŢII, DRENAJUL PERITONEAL şi REFACEREA PERETELUI ABDOMINAL încheie intervenţia chirurgicală.

X VARIANTE TEHNICE

1. Variante după plasarea gurii de anastomoză :
   = precolică ventrală WOLFLER, cu BRAUN la piciorul ansei ;
   = precolică marginală, chiar pe marea curbură ;
   = precolică dorsală BRENNER ;
   = transmezocolică posterioară Von HACKER.
2. Variante cu ansă anizoperistaltică.
3. GEA cu ansă jejunală în " Y ".
4. Variante executate în spaţiul submezocolic.
5. GEA à minima pe cale endoscopică etc.

XI INCIDENTE şi ACCIDENTE INTRAOPERATORII

1. Lezarea vaselor marii curburi gastrice sau
2. Leziuni ale vaselor din mezocolon sunt posibile şi reclamă soluţii după caz.
3. Dificultăţi în reperarea pruimei anse jejunale ; s-au citat anastomoze inadvertente, cu ileonul sau sigmoidul.

XII ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

ÎNGRIJIRILE POSTOPERATORII sunt comune cu ale tuturor operaţilor pe abdomen :

- Reechilibrarea hidrică şi electrolitică, acido-bazică începute încă înainte de operaţie va continua, conform datelor de laborator.
- Tratamentul anemiei, al hipoproteinemiei şi hipovitaminozelor.
- Reluarea unei alimentaţii pe cale naturală, cât mai precoce, este de cea mai mare importanţă, fiind singura posibilitate de a asigura un mers postoperator favorabil.
- Tratamentul deficitelor viscerale, gimnastica respiratorie, mobilizarea şi măsurile de prevenire a complicaţiilor trombo-embolice sunt de mare importanţă.

XIII COMPLICAŢII POSTOPERATORII

COMPLICAŢIILE POSTOPERATORII se datoresc mai ales, terenului pe care se intervine :

- Hemoragiile din tranşa de anastomoză sunt destul de rar citate ; să nu uităm nici faptul că acestea pot proveni şi din masa tumorală gastrică pentru care s-a realizat derivaţia. Măsurile noastre se vor adapta caracterului acestor sângerări.
- Dehiscenţa de sutură are o frecvenţă limitată şi se datorează mai ales deficitelor biologice dar şi eventualelor erori tehnice sau tactice.
- Peritonitele localizate sau generalizate survin în contextul unor bolnavi obosiţi sau cu reactivitate scăzută.
- Există unele complicaţii specifice gastro-enteroanastomozei :
  - = dilataţia acută de stomac ;
  - = " circulus viciosus " survine în anumite situaţii, în care un pilor devenit complezent, face ca fluxul digestiv să se repete la infinit : stomac-pilor-duoden-aferentă-stomac-pilor ş.a.m.d. sau în sens invers, fără ca circuitul digestiv să continue în mod firesc ;
  - = încarcerarea ansei eferente în stomac se produce printr-o tulburare de peristaltică-antiperistaltică.
- Complicaţiile de ordin general : pleuro-pulmonare, cardio-vasculare , hepato-renale etc., trebuie prevenite sau tratate în context.
- Complicaţiile locale : supuraţii, dehiscenţe parietale etc, survin în acelaşi context de inferioritate biologică.

XIV SECHELE POSTOPERATORII

- În general, intervenţia este destul de bine suportată şi poate avea un efect benefic şi prompt pentru anumite categorii de bolnavi.
- Când este vorba intervenţii cu caracter paliativ, pentru cancer spre exemplu, evoluţia postoperatorie inexorabilă va fi determinată de afecţiunea de fond dar, cel puţin pentru o anumită perioadă de timp, bolnavii, putându-se alimenta mai bine, vor realiza redresări importante pentru biologia şi mai ales pentru psihicul lor.
- Pentru indicaţiile cu caracter de intervenţie minoră dar cu efecte importante asupra bolnavilor (stenoze ulceroase) rezultatele sunt chiar spectaculare şi mulţi dintre bolnavi vor refuza multă vreme o intervenţie radicală.
- Pentru ulcerul gastro-duodenal, aşa cum s-a mai arătat, GEA reprezintă o intervenţie nejustificată patogenetic şi marea majoritate a bolnavilor pot realiza un ulcer anastomotic sau să rămână în contextul ulcerului cronic ; dublată de o vagotomie însă, GEA poate deveni o intervenţie perfect justificată şi chiar urmată de bune rezultate.

XV REZULTATE, PROGNOSTIC

Atât rezultatele cât şi prognosticul sunt dominate, în mod absolut, de indicaţia de realizare a intervenţiei şi de evoluţia afecţiunii de fond.

17

ENTERECTOMIA SEGMENTARĂ

I DEFINIŢIE

ENTERECTOMIA SEGMENTARĂ este intervenţia chirurgicală prin care se realizează extirparea unei porţiuni din intestinul subţire.

- Enterectomia presupune şi un timp complimentar, de restabilire a continuităţii digestive sau de exteriorizare, de aducere la perete a unuia sau a ambelor capete intestinale.

II ANATOMIE CHIRURGICALĂ

A. INTESTINUL SUBŢIRE este segmentul cel mai lung al tubului digestiv şi

1. Se întinde de la :
   a. unghiul duodeno-jejunal şi ligamentul lui TREITZ, de pe flancul stâng al vertebrei L_2, până la
   b. valvula ileo-cecală BAUHIN, locul de vărsare în cec.
2. Având o lungime de 6 - 9 m, cu mari variaţii individuale şi
3. Un calibru de 25 - 30 mm, intestinului subţire i se pot descrie, din punct de vedere funcţional, două segmente :
   a. jejunul, care ocupă treimea proximală şi
   b. ileonul, aparţinând celorlalte două treimi.
4. Datorită faptului că intestinul subţire este ancorat de peretele posterior printr-un fald peritoneal care, pe linia de inserţie, are o lungime cu mult mai mică decât a intestinului tubular, acesta realizează ANSELE INTESTINALE, în număr de 16 -17, dintre care :
   a. primele sunt orizontale şi

b. ultimele verticale.

5. Din punct de vedere topografic, dispoziţia generală a intestinului subţire poate fi sugerată de LINIILE LUI MONKS :

a. o dreaptă trasată între vertebra L_2 şi articulaţia sacro-iliacă dreaptă şi

b. două perpendiculare duse la extremităţile primei drepte :

= între cele două perpendiculare se află 2/4 din masa intestinală iar

= dincolo de cele două perpendiculare, câte 1/4 din intestin.

B. MEZENTERUL, larg repliu peritoneal care ancorează intestinul la peretele abdominal posterior, adevărat hil vasculo-nervos al intestinului, conferă organului o mobilitate cu totul particulară.

Mezenterul are forma unei semilune căreia i se descriu :

1. O bază sau rădăcină, lungă de cca 15 cm, care are o direcţie în jos şi către dreapta, trecând peste : aortă, unghiul duodeno-jejunal, a III-a porţiune a duodenului, vena cavă inferioară, vasele genitale drepte, ureterul drept şi vasele iliace drepte.

2. O margine enterală lungă cât şi intestinul ;

Între bază şi marginea liberă, lărgimea mezenterului variază de la zero (la extremităţi) până la 12 -18 cm (în zona mijlocie), ceea ce face ca la locurile de trecere de la porţiunile fixe la cele mobile, să ia naştere două FOSETE : DUODENALĂ şi, respectiv, ILEO-CECO-APENDICULARĂ, cu rol posibil în patologia obstructivă a intestinului.

3 - 4. Două feţe, care nu sunt altceva decât răsfrângerea peritoneului parietal posterior peste elementele vasculare.

C. STRUCTURA INTESTINULUI urmează clasica alcătuire a celor 4 tunici : seroasă, musculoasă, submucoasă şi mucoasă, fiind necesară sublinierea unor elemente particulare :

= punctul critic intestinal se află la inserţia acestuia pe mezenter, locul unde organul este lipsit de seroasă ;

= vascularizaţia intestinului are un caracter terminal, prin vasele drepte, care merg circumferenţial, perpendicular pe marele ax al intestinului ;

= submucoasa este foarte rezistentă şi reprezintă principalul element de sprijin pentru suturi ;

= seroasa viscerală are un rol plastic particular pentru repararea defectelor intestinale.

D. VASCULARIZAŢIA :

A R T E R E L E provin din artera **mezenterică superioară** care ia

naştere din aortă, în dreptul L_1, după care coboară şi formează cu aorta, pensa aorto-mezenterică pentru vena renală stângă, apoi este acoperită de venele splenică şi mezenterică inferioară. Are trei segmente :

1. Unul retro-pancreatic,
2. Un segment mijlociu, fix, în rădăcina mezenterului şi
3. Un altul mobil, între foiţele mezenterului şi care se termină în dreptul diverticulului MECKEL..

Ramurile arterei mezenterice superioare sunt :

1. Ramuri duodeno-pancreatice,
2. Colica dreaptă superioară şi, uneori, colica dreaptă mijlocie ,
3. Artera pancreatică inferioară,
4. Ramurile duodeno-jejunale şi
5. Ramurile ileale, în număr de 10 - 15, care iau naştere de pe flancul stâng al arterei, de calibru important, uneori egal cu al trunchiului principal, şi determină un număr de 3 - 4 - 5 arcade suprapuse, cu convexitatea spre intestin ; din ultima arcadă iau naştere vasele paralele ale lui DWIGHT, de unde pornesc vasele drepte, care se bifurcă şi înconjoară intestinul pe o parte şi pe cealaltă, având un caracter terminal.
6. La cca 80 de cm de cec, artera mezenterica superioară se bifurcă în :

a. artera ileală terminală, care merge către diverticulul lui MECKEL, unde se termină şi

b. trunchiul ileo-biceco-apendiculo-colic, al cărui ram ileal se anastomozează cu ramul ileal din artera colică dreaptă ; ambele ramuri circumscriu aria avasculară a lui TRÈVES, arie care suscită discuţii referitoare la riscul realizării unor anastomoze la acest nivel, risc minimalizat de practică dar de care chirurgul trebuie să ţină seama.

V E N E L E au aceeaşi dispoziţie cu a arterelor, se adună în marea mezenterică, având traiect comun cu artera şi care va participa la formarea venei porte.

L I M F A T I C E L E ajung, de-a lungul vaselor mezenterice, până la ganglionii retropancreatici şi apoi în cisterna lui PEQUET . Trebuie subliniată marea bogăţie a mezenterului în vase limfatice şi ganglioni, care pot determina elemente de patologie proprie.

N E R V I I provin din plexul solar.

III OBIECTIVE şi PRINCIPII

OBIECTIVUL PRINCIPAL al intervenţiei este reprezentat de în-

depărtarea unui segment intestinal mai mult sau mai puţin întins, sediul unor leziuni ireversibile sau pentru sustragerea acestuia din circuitul digestiv ; enterectomia va fi urmată de un al doilea timp :

= entero-anastomoza, timpul de restabilire a continuităţii digestive ori

= enterostomia, timpul de exteriorizare a unuia sau a ambelor capete intestinale.

PRINCIPIILE care guvernează o enterectomie corectă :

- Intervenţia trebuie să se desfăşoare pe un intestin perfect explorat şi exteriorizat.
- Aceeaşi explorare vizează şi mezenterul, între cele două componente nefiind posibilă o disociere, una influenţându-se pe alta şi fără să înşele un chirurg avizat.
- Rezecţia intestinală trebuie să ţină cont de principiul unei economicităţi absolute ; din punct de vedere al întinderii enterectomiei, chiar dacă ţinem cont de marea variabilitate personală şi de posibilităţile extraordinare ale organismului de a se adapta la situaţiile limită, este mai puţin important cât anume din intestin se extirpă decât ceea ce rămâne : rezecţiile limitate sunt foarte bine suportate, cele largi pot fi tolerate printr-o adaptare funcţională, în timp ce rezecţiile întinse, dincolo de jumătate din lungimea intestinului, transformă bolnavul într-un infirm şi vor antrena, mai devreme sau mai târziu, decesul, indiferent de tratamentul sau de îngrijirile acordate ; în acest sens, nici un efort al chirurgului nu este inutil, aprecierea viabilităţii enterale reale fiind o problemă de mare responsabilitate ; în anumite situaţii este de preferat, în locul unei rezecţii întinse sau foarte întinse, să se realizeze rezecţii etajate, chiar dacă acest mod presupune prelungirea intervenţiei şi realizarea mai multor anastomoze.
- Enterectomia trebuie să se facă pe ţesuturi absolut sănătoase, pentru a asigura refacerea unei continuităţi anatomice şi funcţionale de calitate ; această menţiune se referă la toate straturile intestinale : seroasa intestinală are o mare capacitate plastică (uneori excesivă), după cum discontinuitatea mucoasei, dacă nu duce la fistulă va determina o stenoză certă.
- Factorul vascular trebuie apreciat foarte corect, pentru a evita orice surpriză ulterioară.

IV INDICAŢII şi CONTRAINDICAŢII

INDICAŢIILE sunt numeroase, intestinul fiind implicat în multiple procese patologice proprii sau de vecinătate, datorită lungimii, masei şi mobilităţii sale ; datorită aceloraşi calităţi, intestinul se pretează unor modalităţi variate de plastie, putând fi folosit într-o multitudine de situaţii. Indicaţiile enterectomiei sunt reprezentate de :

1. Traumatisme diverse ale intestinului sau ale mezenterului aferent :
   a. plăgi, rupturi de anse, dezinserţii ;
   b. hematoame, rupturi, dezinserţii mezenterice cu compromiterea vascularizaţiei enterale.
2. Inflamaţii cu leziuni ireversibile sau care reprezintă focare de infecţie permanentă :
   a. tuberculoza intestinală, cu atrofie sau fistule ;
   b. tuberculoza peritoneală cu leziuni ireversibile la nivelul intestinului propriu-zis ;
   c. febra tifoidă, cu perforaţii multiple ;
   d. enterita necrozantă, de etiologie obscură ;
   e. boala CROHN, cu elemente de stenoză sau perforaţii.
3. Tumorile intestinale, benigne sau maligne.
4. Tulburările vasculare, cu leziuni ireversibile :
   a. infarctul intestino-mezenteric limitat,
   b. gangrenele prin bride, torsiuni, volvulus, strangulare herniară, invaginaţie etc.
5. Alterări parietale importante :
   a. deperitonizări întinse,
   b. fistule intestinale diverse,
   c. stenoze intestinale de diverse etiologii.
6. Rezecţii pentru plastii diverse ; în fapt este vorba de un tip special de enterectomie, segmentul respectiv fiind sustras din circuitul digestiv dar, păstrându-şi conexiunile vasculare, este folosit pentru plastia altor organe alterate sau lipsă : esofag, ureter, vagin, vezică urinară etc. Microchirurgia modernă, prin posibilităţile sale deosebite, poate face posibile enterectomiile adevărate, cu ridicarea concomitentă a pediculilor vasculari, care vor fi implantaţi la distanţă de locul iniţial, în alte trunchiuri vasculare.

CONTRAINDICAŢIILE sunt rare, fiind reprezentate fie de alterările care interesează segmente foarte mari (infarcte intestino-mezenterice întinse sau totale) sau de situaţiile în care, cu eforturi deosebite, se pot alege soluţii cu sacrificiu intestinal mai redus.

V PREGĂTIRE PREOPERATORIE

Pregătirea generală :

- În marea majoritate a cazurilor, enterectomia realizează o indicaţie chirurgicală de urgenţă : hernie strangulată, infarct, traumatisme etc.; în aceste situaţii pregătirea preoperatorie se reduce la minimul necesar şi vizează o reechilibrare a compartimentelor afectate.
- Pentru cazurile cronice pregătirea se referă mai ales la prepararea biologică a bolnavului, în raport cu dezordinile pe care le prezintă

Pregătirea locală pentru plastiile diverse, reclamă un regim alimentar de cruţare şi un tratament antibiotic pentru atenuarea florei intestinale.

VI ANESTEZIE

Toate tipurile de anestezie pot fi utilizate ; alegerea acestora se va face în raport cu indicaţia de enterectomie, cu starea bolnavului, cu amploarea leziunilor ş.a.m.d., colegul anestezist reanimator putând impune tipul de anestezie dar şi acordându-ne completările necesare.

ANESTEZIA LOCALĂ convine rezecţiilor limitate pentru gangrenă herniară, când enterectomia se poate realiza chiar prin sacul herniar : bolnavi slabi, intestin mobil, leziune limitată.

ANESTEZIILE DE CONDUCERE nu sunt lipsite de valoare într-o mare majoritate a cazurilor.

ANESTEZIA GENERALĂ este rezervată infarctelor intestino-mezenterice întrucât poate controla mai bine variaţiile tensionale, traumatismelor diverse care reclamă o explorare peritoneală de mai mare anvergură, ca şi plastiilor diverse, intervenţii de amploare şi de durată.

Ceea ce este foarte important este tocmai asigurarea unei mobilităţi eficiente a echipei de anesteziști-reanimatori în alegerea sau modificarea, pe parcurs, a modalităţilor anestezice, în raport cu situaţiile de fapt.

VII INSTRUMENTAR

COMUN - tava mare de intrumente pentru chirurgia abdominală.

SPECIAL - pensele de coprostază, aspirator.

VIII DISPOZITIV OPERATOR

BOLNAVUL - în decubit dorsal obişnuit, cu membrele superioare în abducţie pentru perfuzie şi tensiometru.

ECHIPA OPERATORIE - după caz :

1. Operatorul - de partea dreaptă sau de partea leziunii (hernie strangulată)
2. Ajutoarele - în faţa operatorului.

IX TEHNICĂ

Enterectomie segmentară pentru tumoră benignă, cu secţiunea primară a mezenterului şi enteroanastomoză termino-terminală.

A. CALEA DE ACCES - marea coeliotomie ombilico-pubiană.

B. EXPLORAREA (locală, regională şi generală), **DECIZIA OPERATORIE, STABILIREA LIMITELOR, STAREA MEZENTERULUI AFERENT** evoluează conform principiilor chirurgicale cunoscute.

C. EXTERIORIZAREA ANSEI INTESTINALE conduce la **ALEGEREA NIVELULUI SECŢIUNII INTESTINALE**, care se face în raport cu datele locale, prin marcarea cu două pense de coprostază, aplicate perpendicular pe axul enteral, fără a fi strânse excesiv.

D. TIMPUL MEZENTERIC constă în :

1. Expunerea, vizualizarea sau (eventual) transiluminarea mezenterului care ne dau relaţii valoroase asupra dispoziţiei vasculare.
2. Secţiunea mezenterului se face din aproape în aproape, prin ligaturi de pediculi mici, centraţi de vasele respective, în aşa fel încât segmentul de mezenter ridicat să aibe o formă triunghiulară, cu vârful spre rădăcina mezenterului şi cu baza spre intestin ; acest timp este facilitat de secţiunea celor două foiţe peritoneale, de pe o faţă şi cealaltă a mezenterului, fără a uita că ligaturile pediculare sunt mai puţin sigure în absenţa acestui suport peritoneal ; firele de ligatură se păstrează în pense fine şi vor fi folosite la refacerea continuităţii mezenterice.

E. TIMPUL INTESTINAL :

1. Se îndepărtează, pe cât posibil, conţinutul întestinal al zonei de rezecţie, într-un sens şi în celălalt, şi se perfectează aplicarea penselor de coprostază, perpendicular pe axul enteral, strict pe intestin, nu şi pe mezenter, corect strânse ; se plasează alte pense de coprostază sau chiar pense solide pe capetele intestinului care va fi rezecat.
2. Secţiunea intestinului se face la nivelul ales, perpendicular pe axul enteral, sub pensele coprostatice corect plasate, în aşa fel încât să ne permită realizarea anastomozei în cele mai bune condiţii.
3. În acest moment enterectomia propriu-zisă este terminată şi piesa se încredinţează unui ajutor pentru secţiune, examen macroscopic şi

trimiterea piesei pentru microscopie.

4. Restabilirea continuităţii digestive se face prin anastomoză termino-terminală, cu două planuri " anterioare ":

a. se realizează primul plan anterior, pe intestinul " culcat " pe câmpul izolator, cu fire separate nerezorbabile trecute în plan total, la distanţă de 2 - 3 mm unul de altul, de la marginea antimezostenică spre cea mezostenică, cu păstrarea firelor după înnodare ;

b. prin " răsturnarea " anastomozei cu 180^0, în axul intestinal, cu vârful penselor de coprostază trecute prin breşa mezenterică, tranşa posterioară devine anterioară, ceea ce simplifică mult realizarea anastomozei propriu-zise ;

c. se face sutura celei de a doua tranşe, în acelaşi mod, cu fire nerezorbabile în plan total ;

d. se scot pensele de coprostază (cea distală mai întâi), se verifică corectitudinea anastomozei (punctul critic se află la nivelul zonei mezostenice) şi se realizează bucla superioară a firului "în 8 " **(Vezi 15 - X - E).**

F. Timpul de **REFACERE A CONTINUITĂŢII MEZENTERICE** este mult facilitat de înnodarea firelor de ligatură **(Vezi D -2),** de la nivelul celor două linii de secţiune mezenterică de nivel corespunzător, uneori " sărind " peste unele dintre ele ; rareori este necesară trecerea unor fire suplimentare de perfectare a continuităţii mezenterice ; în final nu este lipsită de interes, o infiltraţie novocainică a mezenterului.

G. CONTROLUL CAVITĂŢII PERITONEALE, TOALETA ACESTEIA, DRENAJUL DOUGLASULUI şi REFACEREA PERETELUI ABDOMINAL încheie intervenţia chirurgicală.

X VARIANTE TEHNICE

A. CALEA DE ACCES poate fi de alt tip, în raport cu leziunea care a recomandat enterectomia : inguinală, pararectală, suprapubiană etc.

D. SECŢIUNEA MEZENTERICĂ :

= se poate face paralel cu direcţia intestinului dar aceasta nu convine decât enterectomiilor foarte limitate, în cele mai întinse rezultând un fald mezenteric inutil care poate tracţiona asupra anastomozei ;

= secţiunea " lozangică " MADELUNG, în " romb ", cu scopul de a menaja vasele paralele, se poate preta doar în anumite dispoziţii vasculare.

E. TIMPUL ENTERAL :

= enterectomia propriuzisă poate avea loc înainte de secţiunea mezenterului ; este mai puţin elegantă, prelungeşte timpul septic, poate obliga la recupe dar poate fi dictată de situaţia din câmpul operator ;

= pentru restabilirea continuităţii intestinale pot fi necesare artificii de satisfacere a congruenţei celor două capete intestinale :
  – secţiune oblică pe toată lărgimea intestinului, sau
  – numai pe marginea anti-mezostenică, în secţiuni unghiulare etc.;
  – se pot, de asemenea, rezolva unele situaţii de incongruenţă prin suturi " în L ", în detrimentul segmentului mai larg ;
  – nu pledăm pentru suturi parţiale pe segmentul proximal (deobicei mai dilatat) întrucât pot crea funduri de sac care defuncţionalizează anastomoza ;

= anastomozele termino-laterale sau latero-laterale nu sunt recomandabile din cauza aceloraşi funduri de sac care rezultă şi care se pot colmata, ducând la defuncţionalizări sau volvulări ;

= unele situaţii particulare reclamă exteriorizarea unuia sau a ambelor capete intestinale, în stomii ; sigur că sunt situaţii de excepţie greu suportate de bolnavi ;

= alteori, transpoziţia unui segment intestinal poate cere măsuri speciale de traversare a unor structuri anatomice.

CAZURI SPECIALE :

1. Rezecţiile înalte, apropiate de unghiul duodeno-jejunal, ridică probleme din punctul de vedere al vascularizaţiei şi fixităţii iniţiale a jejunului şi vaselor mezenterice superioare.

2. Rezecţiile foarte joase pot pune, de asemenea, probleme, clasic considerându-se că anastomozele efectuate sub 20 de cm de valvula BAUHIN sunt riscante, din punct de vedere vascular ; în realitate anastomozele pot fi efectuate şi sub această distanţă dar chirurgul trebuie să fie atent la calitatea şi dispoziţia vasculară pentru fiecare caz în parte.

3. Rezecţiile foarte întinse determină tulburări funcţionale şi de nutriţie incompatibile cu viaţa ; unii autori au citat supravieţuiri la bolnavi cu 60 -70 cm de intestin restant, în condiţiile unei alimentaţii particulare ; aceştia rămân, totuşi, dependenţi de unele produse sau principii alimentare şi în cele din urmă, infirmi .

XI INCIDENTE şi ACCIDENTE INTRAOPERATORII

Intervenţia este bine reglată şi incidentele intraoperatorii sunt rare ; ele pot ţine de :

- lezarea vaselor din mezenter sau deraparea ligaturilor, ceea ce determină un hematom extensiv neplăcut, care face dificilă reperarea corectă a capetelor vasculare sau impune abordarea altor vase din mezenter ;
- dificultăţi pot apare în aprecierea vitalităţii capetelor enterale care ne obligă la recupe, chiar după ce anastomoza a fost terminată.

XII ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

ÎNGRIJIRILE POSTOPERATORII depind de indicaţia de enterectomie (infarct, ocluzie, perforaţie etc.) şi reclamă :

- reechilibrarea tuturor compartimentelor afectate,
- tratamentul visceral, după caz,
- tratamentul antiinfecţios,
- mobilizarea şi
- reluarea cât mai precoce a unei alimentaţii naturale.
- mobilizare tuburilor de dren şi permeabilizarea lor se va face în raport cu evoluţia bolnavului.

XIII COMPLICAŢII POSTOPERATORII

COMPLICAŢIILE POSTOPERATORII pot consemna :

- Peritonite localizate sau generalizate, care pot continua un proces septic existent, pentru care am şi intervenit sau pot surveni ca urmare a timpilor septici, a unor dehiscenţe de anastomoză sau sutură, mai ales la bolnavii nepregătiţi, în cazurile neglijate, cu rezistenţă scăzută sau în stare de deficit biologic ; în ultimul timp, bolusurilor de antibiotice aadministrate la începutul intervenţiei chirurgicale a redus foarte mult rata complicaţiilor septice ; peritonita trebuie suspectată ori de câte ori starea generală a bolnavului rămâne precară, tranzitul digestiv întârzie să se reia, reapare aspiraţia gastrică, ureea creşte iar diureza scade ; în aceste situaţii trebuie reverificat drenajul peritoneal şi dacă acest lucru nu este suficient, laparotomia iterativă este necesară, fără a pierde un moment propice ;

- ocluzia intestinală se poate datora unor procese de periviscerită, acolărilor parietale sau sepsisului atenuat, mai rar stenozelor anastomotice prost efectuate ; în caz de eşec al tratamentului medical, reintervenţia nu trebuie să întârzie ;
- dehiscenţele anastomotice reprezintă complicaţia cea mai redutabilă, în raport cu întinderea şi debitul acesteia ; dacă poluarea peritoneală este redusă, cu un drenaj eficient, se poate sconta într-o vindecare, eventual aplicând metoda meşajului compresiv ; în cazurile de dehiscenţe importante, care pot ţine de tehnica chirurgicală dar şi de condiţiile bolnavului, reintervenţia chirurgicală se impune, de asemenea, înainte de pierderea unui moment operator propice, peritonita gravă care însoţeşte dehiscenţele fiind de prognostic rezervat ;
- complicaţiile generale, pulmonare, cardiace sau hepato-renale, boala trombo-embolică pot surveni în context, trebuind evidenţiate la timp şi supuse unui tratament corespunzător.

XI SECHELE POSTOPERATORII

- Enterectomia segmentară este bine suportată de bolnavi şi sechelele sunt rare.
- Ele pot aparţine observaţiile cu rezecţii întinse, în raport cu posibilităţile de adaptare la noile condiţii anatomice şi funcţionale.
- Stenozele anastomotice depind foarte mult de cauza care a reclamat enterectomia, dar şi de factorii tehnici care pot fi incriminaţi.

XV REZULTATE, PROGNOSTIC

- Mortalitatea este legată de indicaţia de enterectomie : redusă în cazurile de hernie strangulată operată în timp util, creşte în cazurile neglijate sau complicate.
- Prognosticul este - în general - favorabil şi bolnavul poate fi inserat în mediul său social şi familial, cu excepţia enterectomiilor întinse care pun probleme serioase de îngrijire şi supravieţuire.

18

APENDICECTOMIA

I DEFINIŢIE

APENDICECTOMIA este intervenţia chirurgicală care are drept scop extirparea apendicelui cecal.

II ANATOMIE CHIRURGICALĂ

A. APENDICELE CECAL sau **VERMICULAR** este un organ rudimentar, aflat în fossa iliacă internă dreaptă, ancorat de complexul ileocecal, căruia îi urmează deplasările şi, uneori, şi patologia.

1. Are dimensiuni variabile :
   = o lungime de 3 până la 10 -12 cm, cu
   = un calibru de până la 8 - 10 mm, prezentându-se în marea majoritate a cazurilor sub forma unui cilindru cu lumen real ori " blocat" de conţinut fecal obişnuit sau, mai frecvent, deshidratat, care poate realiza adevăraţi coproliţi.
2. Din punct de vedere morfologic, apendicele prezintă :
   a. **o bază de implantare** în cec, constantă, întotdeauna situată la locul de întâlnire a teniilor colice şi la cca 2 -3 cm sub vărsarea ileonului ;
   b. **corpul apendicelui**, partea cea mai alungită, care poate suferi procese de atrofie sau hipertrofie în cadrul unor procese patologice şi
   c. **vârful apendicular.**
   Dacă baza apendiculară este constantă, urmând deplasările cecului, atât corpul cât şi vârful apendicular pot avea poziţii diferite, ceea ce permite descrierea unor variante topografice, nu lipsite de interes :
   = apendice sus situat, uneori subhepatic,

= apendice descendent sau pelvin (la nivelul strâmtorii superioare a bazinului sau chiar în poziţie pelvină adevărată) ori
= apendice mezoceliac (în baza mezenterului).
= apendice extern, latero-cecal sau
= retro-cecal, în ambele situaţii putând fi şi
= extraperitoneal.

Apendicele deplasat poate împrumuta simptomatologia altor organe intra- sau extraperitoneale (colecist, stomac, pancreas, rinichi, ureter, anexă, coloană lombară etc.) ceea ce poate întârzia sau masca diagnosticul, după cum şi apendicele poate acoperi alte suferinţe.

= apendicele " ectopic " este cel care necăjeşte chirurgul cel mai mult, de negăsit în unele cazuri (cronice, cel acut fiind mai uşor de reperat) şi care obligă lărgirea, în diverse sensuri, a câmpului operator, ca în cele din urmă, vinovatul să se găsească ... exact în locul său firesc şi obişnuit, trădat de anatomia normală dar înşelătoare pentru moment. Sigur că există şi ectopii adevărate, cele mai frecvente legate de un situs inversus real dar care este mult mai rar decât apendicele care ne dă bătaie de cap.

d. **mezoul apendicular** uneşte apendicele, pe toată lungimea lui, cu baza cecului, şi cu porţiunea terminală a mezenterului.

3. Mijloacele de fixare ale apendicelui sunt reprezentate de :
a. inserţia cecală, cel mai important, şi
b. mezoapendicele, repliu peritoneal care leagă apendicele de cec şi de mezenterul terminal, în egală măsură sediu al unor procese patologice, ca şi pentru apendicele propriu-zis.

VASCULARIZAŢIA

A R T E R A apendiculară este ramul cu acelaşi nume al trunchiului ileo-biceco-apendiculo-colic, ultimul ram de diviziune a mezentericii superioare şi se află situat în grosimea mezoapendicelui ; artera apendiculară are un calibru destul de important faţă de dimensiunile organului pe care îl vascularizează şi odată lezată, nu se pretează la hemostază spontană ci reclamă o ligatură sigură.

V E N E L E apendiculare ajung în teritoriul port prin intermediul venelor ileale, în care se varsă, sursă posibilă de abces secundar al lobului hepatic drept.

L I M F A T I C E L E apendicelui, numeroase, formează mai multe grupuri comune cu ale cecului :

= cecal anterior, posterior şi apendicular ;

= de-a lungul vaselor ileale, circulaţia ajunge în teritoriul mezenteric superior ; în cazul apendicelui retro-cecal, limfaticele pot contracta relaţiii cu ganglionii peretelui abdominal posterior.

B. LOJA CECALĂ sau, mai bine zis, **LOJA CECO-APENDICULARĂ**, este foarte variabilă ca dimensiuni şi poziţie, tocmai datorită poziţiei cecului (înalt sau jos) şi a apendicelui, care - la rândul său - poate imprima cecului anumite deplasări şi tracţiuni ; aceasta face ca poziţiile apendicelui şi ale cecului, ca şi rapoartele lor să fie foarte variabile :

= anse intestinale (mai ales ileon terminal),
= peretele intern al fossei iliace drepte,
= faţa profundă a peretelui abdominal anterior,
= peretele posterior cu muşchiul iliac şi fascia iliacă ;
= să nu uităm poziţiile speciale ale apendicelui : subhepatic, pelvin, retro-cecal sau intramezenteric.

☞ **Ceea ce este foarte important pentru chirurg este ca acesta să-şi amintească faptul că apendicele se află constant sub vărsarea ileonului şi că pornind pe ileon (e drept nu în direcţia unghiului duodeno-jejunal !), trebuie să dea peste apendice, după cum o tenie cecală (nu sigmoidiană !) ne va conduce la baza apendicelui. Sigur că este mai greu ca la o incizie de 1,5 sau 2 cm, incorect plasată, la o bolnavă mai mult sau mai puţin obeză, să reperăm şi cecul cu teniile sale, ileonul, şi baza apendicelui dar trebuie să alegem între risc şi beneficiu !**

III OBIECTIVE şi PRINCIPII

OBIECTIVUL PRINCIPAL al intervenţiei este reprezentat de :

1. Extirparea apendicelui, aceasta presupunând, în mod obligatoriu
2. Ligatura şi secţiunea mezoului apedicular.

Apendicectomia, intervenţie " banală ", cu care fiecare ne-am început ucenicia de chirurg, poate ridica probleme dintre cele mai dificile, chiar practicianului avizat, şi cere respectarea unor

PRINCIPII :

1. Calea de abord trebuie să fie directă şi suficientă ;

☞ **Nu ne raliem chirurgilor care practică incizii minuscule dar nici acelora care optează, de principiu, pentru inciziile mari (" chirurg mare, incizie mare "), sigur nejustificate (" n-a murit nimeni dintr-o incizie prea mare "), uitând că o incizie mare**

reclamă mai mult material de sutură şi că pentru fiecare milimetru de plagă organismul face eforturi de cicatrizare, mobilizând unele resurse care pot fi necesare în alte sectoare ; între o atitudine şi cealaltă, apreciem că o cale de abord corectă trebuie să fie bine plasată şi suficientă ca lungime, de altfel principiu chirurgical esenţial, indiferent de organul asupra căruia intervenim ; un abord nesatisfăcător face intervenţia dificilă şi periculoasă, nu ne permite nici cea mai vagă explorare intraperitoneală şi deschide calea unor complicaţii postoperatorii, şi aşa destul de frecvente ; în consecinţă, nu vom ezita în a lărgi, în sensul necesar, o cale de acces necorespunzătoare, chiar dacă noua incizie devine una atipică dar care ne oferă garanţia desfăşurării operaţiei în condiţii de confort şi siguranţă.

2. Apendicele este un organ de septicitate majoră şi latentă, aerobă şi anaerobă, uneori exacerbată de procese inflamatorii recente ; în consecinţă trebuie luate toate măsurile pentru limitarea poluării planurilor parietale şi a peritoneului.

3. Lichidul intraperitoneal, prezent uneori în cantitate mare, poate deveni un perfect mediu de cultură pentru microbismul bontului apendicular.

☞ **Ne temem mai mult de lichidul limpede, seros, decât de cel uşor tulbure care însoţeşte apendicita gangrenoasă, şi care demonstrează reacţia peritoneului pus deja în gardă.**

4. Ligatura arterei apendiculare trebuie făcută corect, eşuarea acesteia putând pune în pericol viaţa bolnavului ; tromboza vaselor apendiculare în cursul apendicitei acute este o realitate dar pe care nu trebuie să contăm, în afara hemostazei adevărate, chirurgicale.

5. Bontul apendicular trebuie tratat cu toată consideraţia, după principiul oricărui bont mucos intraperitoneal.

☞ **Nu dorim să relansăm discuţia între partizanii înfundării sau neînfundării bontului apendicular dar ceea ce trebuie subliniat este faptul că acest bont ne poate aduce necazuri dacă nu prin dehiscenţă (destul de rară), atunci prin microbismul său care poate induce complicaţiile peritoneale. Ne mulţumim uneori să înmuiem lama bisturiului în vasul cu iod (uneori mai suplimentăm cu coada instrumentului !) dar aceasta nu reprezintă decât un factor de autolinişiire : acolo unde ne aşteptăm mai puţin (aproape constant la o rudă sau un coleg !),**

complicaţia septică se va produce şi vom fi obligaţi la gesturi complimentare, greu de justificat. În unele situaţii, bontul apendicular nu poate fi înfundat, mai ales în cazurile acute în care baza de implantare cecală este cartonoasă sau infiltrată, după cum nici complicaţiile proprii bontului înfundat nu trebuie ignorate, în mare majoritate induse de aceeaşi septicitate. În cele din urmă, singură experienţa chirurgului sau a serviciului în care lucrează, este aceea care impune o atitudine sau alta.

☞ **În ce ne priveşte, am renunţat la înfundarea bontului apendicular, rezervând-o unor cazuri cu totul speciale dar este tot atât de adevărat că aseptizăm bontul cu mai multă atenţie sau, mai frecvent, îl cauterizăm insistent cu bisturiul electric.**

6. Apendicectomiile incomplete pot reedita apendicite acute adevărate, greu de diagnosticat, în prezenţa cicatricii, " stigmat " al unei apendicectomii anterioare.

7. Apendicectomia " fără apendicectomie " întruneşte, pentru situaţii bine determinate, preferinţele noastre, după cum

8. Lăsarea apendicelui pe loc poate deveni licită, în situaţii dificile (bloc apendicular abcedat) sau când amploarea leziunilor peritoneale este deosebită, urmând ca apendicectomia să se facă într-un timp ulterior ; nu vom neglija să avizăm bolnavul sau familia lui asupa acestui amănunt.

9. Într-o serie de cazuri, chiar în absenţa peritonitei, dar pentru apendicectomiile dificile, drenajul cavităţii peritoneale nu este lipsit de interes.

10. Pentru apendicitele acute, mai ales cu peritonite, pledăm pentru peretele deschis, ca o modalitate de interes ; nu sunt rare situaţiile în care suturăm peretele abdominal în jurul unui tub de dren, pentru ca în zilele următoare, plaga infiltrată, evident supurată, cu fuzee parietale, mai mult sau mai puţin profunde, să ne aducă în situaţia în care să desfacem firele de sutură, ceea ce ne pune în situaţia unui perete deschis în mod secundar. Un perete deschis de la început, ne poate oferi posibilitatea unui acces mai facil în cavitatea peritoneală, pentru ameliorarea drenajului sau evacuarea unor colecţii şi nu are neajunsuri particulare, rareori fiind necesară aplicarea unor fire de apropiere a buzelor plăgii. Sigur că nu putem reduce problematica apendiculară la aceea a peretelui abdominal dar acesta poate deveni un factor de patologie indusă, care poate evolua pe cont propriu, cu diverse

manifestări şi grade de afectare.

IV INDICAŢII şi CONTRAINDICAŢII

INDICAŢIILE apendicectomiei sunt reprezentate de :

1. Leziunile inflamatorii, care realizează :
   a. indicaţii absolute :
      = apendicita acută, cu diversele ei variante :
         – apendicita acută gangrenoasă, flegmonoasă,
         – apendicita acută perforată cu :
            * abces periapendicular,
            * cu peritonită :
               » localizată sau
               » generalizată ;
      = peritonita de origine apendiculară,
      = blocul apendicular abcedat.
   b. indicaţii relative :
      = colica apendiculară,
      = apendicita acută simplă sau congestivă ; socotim ambele forme drept forme reversibile sau forma de apendicită cronică operată în urgenţă ;
      = apendicita cronică realizează o indicaţie destul de frecventă chiar dacă acest diagnostic poate reprezenta o formă de subterfugiu pentru alte afecţiuni ori diagnostice eronate (" nici un bolnav renal sau urinar nu este indemn de cicatricea de apendicectomie ") sau este contestată de alţi practicieni ; în realitate, ca orice organ digestiv sau intraperitoneal, cu importantă structură limfoidă, pasibil de fenomene inflamatorii repetate, vindecate spontan, de microbism propriu sau comun cu al celorlalte segmente digestive, ori care poate fi sediul unor obstrucţii de lumen, şi apendicele poate fi susceptibil de o formă cronică de patologie, de la început sau după pusee inflamatorii repetate, având o traducere anatomo-patologică şi bacteriologică incontestabile.

2. Tumorile apendiculare : de principiu, simpla apendicectomie, intervenţie limitată şi necorespunzătoare din punct de vedere oncologic, nu poate fi considerată satisfăcătoare ; în realitate, condiţiile practicii de fiecare zi ne pun în faţa a două situaţii :
   = fie că leziunile locale nu trezesc nici un fel de suspiciune, chirurgul realizează apendicectomia iar diagnosticul este revelat tardiv, când bolnavul se află de multă vreme la

domiciliu, pe baza examenului histopatologic al apendicelui extirpat, dacă chirurgul a avut inspiraţia să ceară un astfel de examen sau dacă o face - mai corect - sistematic ; chiar cu diagnosticul în faţă este puţin probabil ca bolnavul, vindecat şi într-o stare excelentă (" nu mă supără absolut nimic !"), să mai accepte o intervenţie de amploare ;

= când există totuşi aspecte lezionale macroscopice care ne trezesc suspiciunea unei etiologii neoplazice, este corect să ne diferenţiem atitudinea :
  - fie să închidem bolnavul, urmând să reintervenim când vom avea un diagnostic corect, pe un bolnav pregătit, fie
  - să realizăm totuşi apendicectomia în scop bioptic, sub protecţia unui drenaj, în ambele situaţii fiind obligaţi să avizăm bolnavul sau familia acestuia.

În aceste condiţii, tumorile proprii apendicelui prilejuiesc indicaţii diferenţiate, în raport cu tipul de tumoră :

a. **carcinoidul**, situat mai ales la nivelul vârfului apendicular (în 3/4 din cazuri), poate fi rezolvat prin simpla apendicectomie şi rezecţia corectă a mezoului apendicular ; se vor controla şi ganglionii regionali şi în caz de suspiciune de invazie metastatică se va recurge la hemicolectomie ;

b. **adenocarcinomul** suspectat reclamă hemicolectomia dreaptă ; în cazurile surpriză, chirurgul trebuie să depună toate eforturile pentru a convinge bolnavul la reintervenţie sau, cel puţin, să-l oblige la o dispensarizare corectă şi activă ;

c. **mucocelul apendicular** poate îmbrăca două forme :

= una benignă, produsă prin simpla obstrucţie a lumenului şi degenerare mucoasă, formă care nu reclamă precauţii speciale ci numai urmărire în timp, şi

= o formă malignă (gradul I al unui adenocarcinom papilar) care implică o atenţie specială pentru a nu fragmenta organul şi a nu disemina mucocelul (dacă aceasta nu s-a produs deja !), care poate determina pseudomixomul peritoneal, sever şi malign prin recidivă.

CONTRAINDICAŢII :

1. Blocul apendicular sau plastronul apendicular este forma de vindecare naturală, spontană, a apendicitei acute, în care organismul a reuşit să limiteze şi să rezolve, pe cont propriu, afecţiunea ; o apendicectomie în aceste condiţii (edem, infiltraţie lemnoasă) este foarte dificilă dacă nu imposibilă şi inutilă ; sub tratamentul rezolutiv

(repaos, antibiotice, pungă cu gheaţă) fenomenele pot retroceda, blocul se poate rezorbi, apendicectomia fiind amânată la peste 6 - 8 săptămâni sau (nimeni nu ne forţează !) mai mult. Trebuie să fim atenţi ca " blocul apendicular " să nu ascundă un neoplasm de ceco-ascendent dar urmărirea corectă a bolnavului şi evoluţia unuia sau a celuilalt sunt suficient de sugestive pentru a le putea diferenţia.

2. Blocul apendicular abcedat, deschis în peritoneu, poate impune intervenţia de rezolvarea a peritonitei secundare fără a ne adresa apendicelui, mai ales când acesta nu se pretează la o extirpare simplă.

3. Tumorile apendiculare în circumstanţele arătate mai sus.

V PREGĂTIRE PREOPERATORIE

- Apendicita cronică nu impune măsuri particulare.
- Pentru cazurile de urgenţă, pregătirea este minimă, se rezumă la efectuarea preanesteziei, singură intervenţia chirurgicală putând aduce vindecarea bolnavului şi limita complicaţiile posibile şi severe.
- În cazurile de urgenţă, în apendicita acută, amânarea doar cu câteva ore a intervenţiei, poate transa între o apendicită fără sau cu peritonită, ceea ce nu reprezintă acelaşi lucru ; după caz, o explorare biologică sau a aparatelor (pulmon, cord) şi o pregătire scurtă dar energică, pot intra în discuţie, mai ales pentru formele grave, cum sunt apendicitele hipertoxice ale copilului.
- Pentru cazurile de suspiciune de tumori apendiculare, pregătirea colică trebuie efectuată în condiţiile cunoscute **(Vezi 19 - V)**.

VI ANESTEZIE

Anestezia pentru apendicectomie poate fi oricare, în raport cu datele oferite de subiect :

ANESTEZIA LOCALĂ sau **LOCO-REGIONALĂ** şi

ANESTEZIA DE CONDUCERE : rahianestezia comună, " unilaterală " dreaptă sau peridurala sunt cel mai frecvent folosite.

ANESTEZIA GENERALĂ (intravenoasă, intramusculară, ventilatorie) poate fi folosită mai ales la copii.

ANESTEZIA GENERALĂ cu I.O.T. poate apărea ca exagerată pentru o apendicectomie cronică dar nu şi pentru una complicată, gravă sau pentru o peritonită de origine apendiculară toxică sau neglijată şi ajunsă în stare deosebit de gravă în spital.

VII INSTRUMENTAR

COMUN - tava pentru intervenţii abdominale mijlocii ;

SPECIAL - nimic deosebit sau termocauter, aspirator, valve mai mari, depărtătoare autostatice. Eventual, echipamentul pentru chirurgie coelioscopică.

VIII DISPOZITIV OPERATOR

BOLNAVUL - în decubit dorsal comun, cu membrele în abducţie pentru perfuzie şi tensiometru.

ECHIPA OPERATORIE :

1. Operatorul - de partea dreaptă a bolnavului.
2. Ajutorul - de partea stângă a bolnavului.

IX TEHNICĂ

Apendicectomie pentru apendicită cronică, fără înfundarea bontului apendicular.

A. CALEA DE ABORD - incizia " în vârtej " :

1. Incizie de 2,5 - 3 cm, în fossa iliacă dreaptă, paralelă sau chiar în pliul abdominal, apropiată de orizontală, pe linia spino-ombilicală, la unirea treimii externe cu cele două interne ; hemostază cu termocauterul.
2. În timp ce braţele unei pense anatomice lungi ţin depărtate buzele plăgii cutanate, cu ajutorul unei pense hemostatice fără dinţi, se disociază grăsimea şi ţesutul celular subcutanat, până se ajunge la aponevroza marelui oblic, care se recunoaşte vizual.
3. Pensa hemostatică, pătrunsă printr-o mică breşă aponevrotică, efectuată cu vârful bisturiului, disociază în lung aponevroza marelui oblic, pe distanţa plăgii cutanate.
4. Se introduc braţele pensei anatomice între buzele aponevrozei marelui oblic, făcând loc pensei hemostatice care, mânuită cu dexteritate, disociază, prin câteva mişcări dozate de deschidere, micul oblic, transversul şi fascia transversalis, în lungul fibrelor lor şi
5. Acroşează peritoneul pe care îl exteriorizează în plagă.
6. Secţiunea peritoneului şi reperajul cu două pense fine cu dinţi încheie abordul şi accesul în peritoneu.

B. EXPLORAREA INTRAPERITONEALĂ este facilitată de aplicarea a două depărtătoare FARABEUF înguste, care ne permit

C. EXTERIORIZAREA CECULUI sau numai a **APENDICELUI**, după acroşare directă sau după " rularea " cecului. Aprecierea morfologici organului prins într-o pensă " în inimă ", ne va confirma diagnosticul şi indicaţia operatorie.

D. TRECEREA FIRULUI (nylon 8 sau 9) de ligatură a vaselor apendiculare se face la baza apendicelui, prin transfixia directă a mezoului pus uşor sub tensiune odată cu apendicele, la vedere, având grije să nu lezăm seroasa cecală.

E. LIGATURA MEZOULUI APENDICULAR se face perpendicular pe direcţia vasului, delicat, cu atenţie, fără a exercita nici o tracţiune asupra mezoului însăşi.

F. SECŢIUNEA MEZOULUI APENDICULAR se face simplu, în aşa fel încât să păstrăm un bont mic dar sigur ; apendicele rămâne liber, tracţionat în axul său, în timp ce din acesta, la cca 1 cm deasupra bazei, se observă o sângerare activă chiar dacă de debit redus.

G. LIGATURA APENDICELUI se face cu acelaşi fir de ligatură a mezoului apendicular, cât mai aproape de baza de implantare, dozat, progresiv, cu atenţie să nu rupem firul şi să nu realizăm tracţiuni pe mezou şi pe cec ; se plasează o pensă fină pe nodul de ligatură a bontului apendicular care este încredinţată ajutorului, după care, sub o altă pensă plasată pe apendice, la distanţă convenabilă, se reliă

H. SECŢIUNEA APENDICELUI cu termocauterul, care insistă suficient asupra mucoasei bontului apendicular.

I. REINTEGRAREA CECULUI, încheie apendicectomia propriu-zisă.

J. CONTROLUL PERETELUI, RETRAGEREA DEPĂRTĂTOARELOR şi

K. SUTURA PIELII cu un fir destul de larg, în " X " încheie intervenţia chirurgicală.

☞ **Acest tip de apendicectomie, care nu corespunde descrierilor din tratatele clasice, convine cazurilor celor mai simple şi chirurgului deja format, cu experienţă deosebită, fiind recomandat de unele avantaje :**

- *** liniile de disociere a planurilor peretelui abdominal nu se suprapun ci se întretaie, alcătuind un " vârtej " sau o " morişcă ", defectul peritoneal de mici dimensiuni, acolându-se perfect la planul supraiacent al peretelui abdominal ;**
- *** nu se aplică nici un fir de sutură pe planurile parietale**

propriuzise, planuri care, ca elemente active, îşi vor relua tonicitatea sau contractilitatea firească, după ce efectul anestezic a trecut ;

* se foloseşte un singur fir, comun pentru mezou şi apendice şi
* un alt fir pentru piele.

XI VARIANTE TEHNICE

Destul de numeroase, privesc fiecare timp al intervenţiei şi chiar fiecare chirurg în parte. Astfel :

A. CALEA DE ABORD - poate fi diferită :

1. Incizia sau, mai corect, laparotomia Mc BURNEY, cel mai frecvent folosită, măsoară 4 - 5 cm, este oblică în jos şi înăuntru, perpendiculară pe linia spino-ombilicală, la unirea treimii externe cu cele două treimi interne ; se secţionează aponevroza marelui oblic în lungul fibrelor iar micul oblic şi transversul se disociază în lungul fibrelor lor şi se depărtează cu depărtătoarele FARABEUF ; se repereză şi se disociază fascia transversalis apoi se prinde conul peritoneal şi se aduce în câmpul operator ; de remarcat că fascia transversalis " nu vine " în plagă, nu se superficializează dar peritoneul da. Laparotomia Mc BURNEY este optimizată de manevrarea corectă a celor două depărtătoare FARABEUF, care trebuie să acţioneze perpendicular pe direcţia liniilor de forţă ale fiecărui plan parietal secţionat, la tensiunea şi distanţa necesară. Depărtarea în acelaşi sens cu liniile de incizie vor limita câmpul numai la lăţimea celor două depărtătoare.
2. Calea de abord poate fi prelungită în sens cranial sau caudal dar în nici un caz prin tracţiune necontrolată, care brutalizează şi rupe ţesuturile, ci prin secţiune chirurgicală, plan cu plan, cu atenţie pentru hemostază şi pentru menajarea structurilor anatomice.
3. Laparotomia JALAGUIER este preferată de unii practicieni, fiind o transrectală de mici dimensiuni care se poate prelungi cu uşurinţă în ambele sensuri ; şi în această variantă, liniile de secţiune a planurilor parietale sunt " blocate " de muşchiul drept abdominal însăşi şi nu se suprapun :

= secţiunea pielii este verticală şi depăşeşte intern marginea externă a tecii dreptului abdominal ;
= se secţionează aponevroza marelui oblic în lungul fibrelor sale ;
= se secţionează foiţa anterioară a tecii dreptului abdominal ;
= se îndepărtează înăuntru muşchiul drept propriuzis, cu atenţie

pentru a nu leza pachetul vasculo-nervos al mușchiului, după care

= se secționează foița posterioară a tecii,
= fascia transversalis și
= peritoneul.
= Refacerea peretelui abdominal urmează drumul invers al secțiunii planurilor parietale.

4. Coeliotomia mediană subombilicală poate fi impusă de la început de amploarea leziunilor peritoneale ori de dubiile diagnostice sau numai după explorarea din fossa iliacă dreaptă, care arată necesitatea unei căi de abord mai confortabile.

C. EXTERIORIZAREA APENDICELUI în câmpul operator presupune, mai întâi reperarea lui. Cel mai frecvent, se repereză și se exteriorizează cecul, grație mobilității sale recunoscute, se prinde într-o pensă " în inimă " sau între degetele dublate de o mănușă de ață sau compresă, după care rularea lui către convergența bandeletelor cecale ne conduce spre baza apendicelui ; în situații mai delicate, descoperirea și izolarea apendicelui poate fi dificilă și trebuie să folosim sistematic manevrele de reperare, identificând convergența bandeletelor cecale, abușarea ileonului terminal, eventual palparea digitală care sezisează apendicele etc. Câmpul operator poate fi optimizat prin comprese mari, cu ajutorul valvelor scurte și mai late, îndepărtând epiploonul, ansele intestinale sau colonul sigmoidian care ne pot împiedica în manevrele noastre.

D.E.F.H. LIGATURA și SECȚIUNEA MEZOULUI și A APENDICELUI CECAL :

1. Apendicectomia cu înfundarea bontului :

= după ce mezoul a fost secționat, se realizează o bursă seroasă centrată de apendice, cu diametru corespunzător față de calibrul bontului apendicular ;
= se ligaturează bontul apendicular iar firul de ligatură se secționează razant la pensa care prinde nodul respectiv ;
= se secționează apendicele cu electrocauterul sau cu bisturiul rece, se aseptizează bontul, după care
= în timp ce ajutorul subdenivelează bontul apendicular, operatorul strânge bursa seroasă, cu mișcări bine dozate, în final bontul apendicular dispărând în totalitate în bursa respectivă ;
= firul de bursă poate prinde, într-un nod suplimentar, un fragment din mezoul ligaturat (mezoplastie).

2. Apendicectomia prin invaginare :

= apendicectomia HALSTED invaginează numai bontul apendicular în cavitatea cecală şi ar putea reprezenta modul ideal de atitudine faţă de bontul apendicular, suprimând orice element de poluare septică a peritoneului sau de soluţie a mucoasei apendiculare :

- după ligatura mezoului şi realizarea bursei,
- apendicele neligaturat se secţionează aproape de bază, bontul se invaginează în cec iar bursa seroasă închide orificiul parietal ;
- mezoplastia perfectează apendicectomia.
- Din păcate, nu orice apendice se pretează la acest tip de modalitate şi cu atât mai puţin apendicele inflamat.

= " apendicectomia " EDELBOSS invaginează organul în totalitatea lui ; convine apendicelor cu lumen mai larg şi situaţiilor în care existenţa unui bont apendicular devine riscantă pentru conţinutul peritoneal ; cazul tipic aparţine observaţiile în care intervenim pentru o apendicită acută şi găsim un hemoperitoneu prin sarcină extrauterină sau chist hematic de ovar eclatat sigur că putem renunţa la apendicectomie dar şi mai bine este să o efectuăm, fără risc :

- se realizează ligatura mezoului apendicular ;
- cu capetele firului de ligatură a mezoului, se însăilează câte o semibursă la baza apendicelui ;
- se îndepărtează de pe apendice resturile de mezou, după care,
- menţinând apendicele între policele şi indexul stâng, acoperite de o compresă, cu ajutorul unei sonde canelate sau al unui stilet butonat, pornind dinspre vârful organului, acesta se invaginează în totalitate în cec ;
- după invaginarea completă, bursa seroasă de la baza apendicelui se strânge, ceea ce realizează şi mezoplastia..

☞ **Manevra de invaginare a apendicelui este aproape întotdeauna posibilă, bine înţeles în cazul apendicelui neinflamat şi este lipsită de inconveniente, fiind vorba de o " apendicectomie " aseptică ; am notat, totuşi şi o invaginaţie ileo-cecală postoperatorie îndepărtată, pe care am pus-o pe seama (?) apendicelui invaginat.**

3. Apendicectomia anterogradă poate fi reclamată de fixitatea cecului sau a apendicelui, care nu pot fi aduse în câmpul operator :

= se repereză baza apendiculară ;
= se secţionează apendicele între două pense solide, aproape de baza apendicelui, în aşa fel încât să păstrăm un bont de mărime convenabilă ;
= bontul apendicular se ligaturează şi se înfundă sau se abandonează în mod obişnuit ;
= în timp ce pensa de pe apendice este pusă uşor în tensiune, din aproape în aproape, se rezolvă mezoul apendicular cu ajutorul penselor sau al ligaturilor aplicate direct, ceea ce eliberează apendicele dinspre bază către vârful său.

4. Apendicectomia prin " morcelare " este dictată de gravele alterări ale apendicelui, intervenţia fiind dusă la bun sfârşit, bucăţică cu bucăţică, pe un apendice mai mult sau mai puţin detaşat de mezoul său ; acesta trebuie tratat cu deosebită atenţie, lipsa de sângerare fiind înşelătoare, vasele devenind active în perioada postoperatorie.
5. Apendicectomia subseroasă implică extirparea muco-musculoasă a apendicelui, în timp ce învelişul seros infiltrat şi aderent de organele vecine rămâne pe loc ; în astfel de situaţii drenajul devine absolut obligatoriu.
6. Apendicectomia incompletă nu este o variantă ci o posibilitate nedorită, determinată de modificările lezionale ; un bont apendicular mare, poate fi, e adevărat rar, sediul unor procese acute, înşelătoare din cauza apendicectomiei din antecedente.
7. Apendicectomia pe apendicele retro-cecal sau ectopic ridică, mai ales, dificultăţi referitoare la anestezie (uneori insuficientă) şi la calea de abord care trebuie lărgită în sens necesar, reperarea apendicelui trebuind făcută conform principiilor cunoscute.
8. Apendicectomia pe cale laparoscopică este o modalitate elegantă, accesibilă serviciilor cu dotare specială.

K. REFACEREA PERETELUI ABDOMINAL

1. Peretele abdominal deschis sau semideschis :
= apendicectomia pentru apendicita cu peritonită generalizată presupune şi o toaletă peritoneală corectă, în măsura în care aceasta poate fi eficientă numai prin abordul din fossa iliaca dreaptă ;
= drenajul peritoneal se realizează prin tuburile plasate în DOUGLAS şi laterocecal, uneori chiar în marea cavitate peritoneală, exteriorizate prin plaga de apendicectomie ; pentru unele situaţii preferăm plasarea unui tub suplimentar în

DOUGLAS dar exteriorizat suprapubian, ceea ce ne permite şi o toaletă peritoneală mai corectă şi un drenaj mai eficient ;

= mai departe, dacă incizia de abord peritoneal nu este prea largă şi este " blocată " de tuburile de dren, lăsăm plaga complet nesuturată ;

= când plaga este ceva mai mare, restrângem numai breşa peritoneală, cu ajutorul unor fire de catgut plasate de o parte şi de alta a tuburilor din plagă ; restul planurilor parietale rămân complet nesuturate.

☞ **Acest mod de a proceda este lipsit de complicaţii, permite un drenaj eficient, nu lasă corpi străini în plagă (firele de sutură), ne permite manipularea tuburilor de dren şi, la nevoie, chiar manevre delicate, cu degetul, sub anestezie superficială, pentru deblocarea spaţiilor din zonă şi ameliorarea drenajului peritoneal ; rareori este necesară o sutură secundară, apropierea buzelor plăgii, spre sfârşitul evoluţiei, cu benzi adezive, fiind suficientă.**

XI INCIDENTE şi ACCIDENTE INTRAOPERATORII

APENDICECTOMIA DIFICILĂ poate surveni şi în cazul apendicitei cronice dar, mai ales, al celei acute. Dificultăţile au drept geneză şi realităţile morfo-topografice ale apendicelui dar şi elementele tactice sau tehnice :

- Calea de abord necorespunzătoare induce cele mai multe neajunsuri şi dificultăţi, mai ales în abordul şi identificarea apendicelui ; de cele mai multe ori, odată apendicele reperat, vom sfârşi prin a-l extirpa.

☞ **Adeseori, circumstanţele nefavorabile se sumează : pe lângă abordul incorect, ori anestezia nu este de calitate ori apendicele este prea sus sau de negăsit ceea ce este în măsură să ne îngrijoreze ; nu trebuie să ezităm în a ne asigura o anestezie de calitate, o echipă operatorie confortabilă (nu un ajutor de pe lături care să ne ţină, pe sub câmp, un depărtător) şi, mai ales, să ne lărgim câmpul operator în sensul necesar.**

- Ruptura apendicelui gangrenos, friabil sau deschiderea lumenului unui apendice sub tensiune, " gata să spargă ", rezultă din manevrarea necorespunzătoare a apendicelui sau din aplicarea unor instrumente metalice cert inadecvate, pe un organ cu ample leziuni

inflamatorii şi necrotice ; aceeaşi menţiune şi pentru mezoul friabil sau infiltrat inflamator.

- Deşirarea seroasei ceculuí, pe diverse întinderi, nu trebuie să treacă neobservată ; accidentul impune aplicarea unor fire corecte, în " U ", " X " sau în bursă, nepenetrante ; câmp de acţiune avem suficient, gesturile noastre trebuie doar bine dozate ; acelaşi lucru trebuie făcut în cazurile unor hematoame subseroase cecale.
- Ruptura mezoului apendicular sau deraparea ligaturii de pe mezoul insuficient sau foarte friabil, urmate de sângerare abundentă, sunt accidente serioase care se cer rezolvate cu multă luciditate şi competenţă : asigurarea câmpului necesar şi aplicarea pensei de hemostază la vedere, după îndepărtarea sângelui, prin aspiraţie, din câmpul operator ; pensele aplicate orbeşte, în profunzime, pot determina leziuni ale ceculuí, anselor sau mezenterului, cu implicaţii severe în evoluţia postoperatorie.
- Deraparea ligaturii de pe bont şi deschiderea ceculuí la nivelul implantării apendiculare îşi au sursa în insuficienta strângere a firului sau în păstrarea unui bont apendicular nesigur ; aplicarea unui nou fir de ligatură, pe bontul repensat, sutura cu fir în " X " sau realizarea unei burse suplimentare rezolvă accidentul.
- Ruptura planurilor parietale, mai ales a musculaturii, prin tracţiune şi disociere brutală, cu hematom în masa musculară, trebuie evidenţiată şi rezolvată corect, chiar înainte de intrarea în peritoneu, prin ligaturi hemostatice, urmând ca la timpul de închidere a peretelui abdominal să aplicăm firele corecte de sutură musculară.
- Alte incidente sau accidente ca : înţeparea sau lezarea unei anse intestinale, rătăcirea în spaţiul extraperitoneal şi poluarea septică a acestuia ş.a.m.d., sunt citate.

☞ **Toate incidentele şi accidentele enumerate pot face parte dintre " nenorocirile " posibile într-o intervenţie socotită banală şi chiar dacă ţin, de cele mai multe ori, de tactică sau o tehnică necorespunzătoare, nu trebuie privite cu dispreţ şi desconsiderare dar nici minimalizate şi ... repetate. Numai cei care n-au avut niciodată astfel de accidente (şi ... cine n-a avut ?) pot trata cu uşurinţă astfel de evenimente, uneori cu sfârşit deosebit de grav. În fapt, asemenea accidente nu trebuie să se petreacă de prea multe ori în viaţă. Este suficient să numeri câteva sau un singur caz pentru a nu le uita niciodată.**

XII ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

ÎNGRIJIRILE POSTOPERATORII sunt cele comune intervenţiilor de amploare medie :

- Analgeticele, mobilizarea precoce, reluarea treptată dar precoce a unei alimentaţii naturale marchează o evoluţie favorabilă.
- Pentru cazurile complicate, îngrijirile suplimentare se referă la tratamentul antibiotic, fără a neglija administrarea metronidazolului, ca şi reechilibrarea cerută de tratamentul peritonitelor însoţitoare.
- Îngrijirile locale au în vedere mobilizarea şi permeabilizarea tuburilor de dren şi suprimarea lor pe măsură ce devin inactive.
- Urmărirea evoluţiei parietale este la fel de importantă ca şi urmărirea evoluţiei intraperitoneale.

XIII COMPLICAŢII POSTOPERATORII

COMPLICAŢIILE POSTOPERATORII sunt destul de frecvente, uneori în discordanţă cu facilitatea sau amploarea intervenţiei, etichetate drept " banală ". Astfel :

- Hemoragia postoperatorie este determinată, mai ales, de deraparea ligaturii de pe mezou sau din vasele apendiculare incorect ligaturate.

☞ **Complicaţia poate deveni evidentă curând după ce bolnavul a fost dus la salon, cu condiţia ca ea să fie sesizată de personalul de îngrijire şi să nu fie pusă pe seama hipotensiunii (reale în hemoragie !) post-rahianstezice ; semnele hemoragiei : paliditatea, setea vie, hipotensiunea, pulsul accelerat şi agitaţia bolnavului, trebuie să ne solicite şi să ne trezească suspiciunea hemoragiei intraperitoneale ; dacă un tub de dren există, acesta poate confirma complicaţia, prin exteriorizarea sângelui, în raport cu intensitatea hemoragiei şi cu poziţia tubului de dren ; în absenţa drenajului, modificarea de volum a abdomenului, o discretă apărare musculară sesizabilă totuşi, ne pot trezi suspiciunea hemoperitoneului ; reintervenţia de hemostază nu trebuie amânată întrucât este singura soluţie corectă, tratamentul hemostatic, punga cu gheaţă fiind doar măsuri de auto-liniştire, iluzorii de altfel.**

- Tulburările digestive funcţionale dilataţia acută de stomac, parezele intestinale de diferite grade, sunt astăzi mult mai rare datorită posibilităţilor de reechilibrarea hidrică şi electrolitică.

- Peritonitele localizate sau generalizate pot surveni chiar după cele mai " nevinovate " apendicectomii, datorită septicităţii exacerbate a florei din lumenul apendicular şi, mai ales, a celei anaerobe ; reclamă un diagnostic precoce şi măsuri în consecinţă, generale şi locale, respectiv, drenajul corect şi eficient, cu preţul unor manevre de drenaj sau al unei reintervenţii după toate principiile acestora.
- Ca formă particulară se citează " peritonita celei de a 5-a zi ", în care tensiunea din microcavitatea creată de bursa de înfundare a bontului, reuşeşte să învingă firul de bursă şi să irupă în marea cavitate ; reclamă tratamentul adecvat : drenaj peritoneal corect, alături de tratamentul general antibiotic şi complex sau reintervenţie.
- Peritonitele generalizate dar, mai ales, cele localizate, continuând o peritonită iniţială, pentru care s-a intervenit, cu caracter de abcese reziduale, închistate, intramezenterice, între anse, în DOUGLAS, subfrenic, subhepatic, sunt cele mai neplăcute, dificile ca diagnostic şi reclamă reintervenţii de drenaj, alături de tratamentul general complex. Este adevărat că echografia modernă a modificat datele acestei complicaţii, a ameliorat diagnosticul precoce şi, prin evacuările echo-ghidate ale colecţiilor, a îmbunătăţit şi prognosticul lor dar nu întotdeauna dispunem de astfel de modalităţi terapeutice, ceea ce ne poate obliga la reintervenţii, uneori repetate, cu atât mai delicate cu cât subiectul este mai tânăr sau, dimpotrivă, mai vârstnic.
- Ocluziile intestinale pot surveni, prin procesele aderenţiale postoperatorii şi pot conduce la reintervenţii corespunzătoare.
- În general, secvenţele consecutive : apendicectomie, peritonită, ocluzie, cu intervale de timp variabile între ele, pot fi întâlnite şi astăzi, cu toate posibilităţile de diagnostic precoce şi de tratament.
- Fistulele stercorale, prin cedarea firului de ligatură apendiculară, urmează unei supuraţii evidente, atestate de tubul de dren, în care secreţiile evacuate virează spre stercoral ; complicaţia este serioasă, mai ales dacă nu există un blocaj faţă de marea cavitatea peritoneală ; aşa cum se întâmplă de cele mai multe ori, acest blocaj există şi complicaţia se poate rezolva prin urmărire permanentă şi dirijarea corectă a fluxului stercoral spre exterior ; există o tendinţă către închidere spontană sau cu răspuns la metoda meşajului compresiv, cu atât mai mult cu cât orificiul fistulos se află în afara fluxului digestiv major şi în absenţa unor obstacole în evacuarea

colonului ; rareori este necesară reintervenţia şi numai după un timp suficient, pentru limitarea, perfecta individualizare a fistulei şi după ameliorarea condiţiilor parietale locale.

- Supuraţiile parietale pot surveni în raport cu gradul de afectare peritoneală dar în unele situaţii acestea pot evolua pe cont propriu, ajungând până la gangrenele extensive parietale cunoscute, care necesită multiple gesturi chirurgicale şi tratament complex şi îndelungat ; în acest sens, apreciem avantajele peretelui deschis care limitează foarte mult posibilitatea afectărilor parietale majore.

XIV SECHELE POSTOPERATORII

SECHELELE POSTOPERATORII sunt rare în cadrul apendicectomiilor simple sau complicate.

- Sechelele aparţin peritonitei apendiculare, cea mai frecventă complicaţie abdominală şi care poate induce procese mai mult sau mai puţin difuze de periviscerită, cu potenţial sechelar.
- Cicatricile inestetice, vicioase, cheloide sunt mai rare, subiecţii afectaţi de apendicite fiind, mai ales, cei tineri.
- Eventraţiile postoperatorii pot surveni, cu diverse grade de disconfort digestiv şi pot impune intervenţii corectoare.
- Granulomul de fir nu este foarte rar şi poate reclama incizii de extragere a firelor sau de drenaj al microabceselor din jurul firului.

XV REZULTATE, PROGNOSTIC

- Mortalitatea, chiar dacă este apropiată de zero, există, şi pentru cazurile necomplicate, pentru a urca, chiar în condiţiile chirurgiei moderne, până la 10 % pentru formele complicate.
- Peritonita apendiculară este creditată cu o evoluţie dificilă, cu atât mai mult cu cât şi astăzi, sub masca indigestiilor, colitelor, gripei sau colicilor renale şi sub tratamente incorecte, diagnosticul este încă tardiv.
- De remarcat că tocmai copiii şi vârstnicii plătesc un greu tribut acestei " banale " afecţiuni.

Prognosticul este favorabil, cu excepţia acelor cazuri cu evoluţie dificilă şi trenantă, care reclamă o urmărire permanentă.

19

HEMICOLECTOMIA DREAPTĂ

I DEFINIŢIE

HEMICOLECTOMIA DREAPTĂ este intervenţia chirurgicală prin care se realizează exereza colonului dependent vascular de pedicul mezenteric superior, împreună cu teritoriul său peritoneo-celulo-limfoganglionar.

II ANATOMIE CHIRURGICALĂ

A. Dacă din punct de vedere topografic, colonul are mai multe segmente fixe şi mobile, din punct de vedere chirurgical (care are în vedere dispoziţia vasculară), el are numai două sectoare :

- Colonul drept, dependent vascular de pedicul mezenteric superior şi
- Colonul stâng, tributar pediculului mezenteric inferior.
- Colonul transvers are o situaţie specială, primind vascularizaţia de la ambele pedicule mezenterice, ceea ce îl poate include fie în hemicolectomia dreaptă fie în cea stângă.

B. COLONUL DREPT include :

1. **CECUL**, segment mobil, înconjurat complet de peritoneu, are o lungime de cca 7 cm şi se află în raport cu :
   a. peretele abdominal anterior, ceea ce permite o palpare directă a lui,
   b. muşchiul psoas (posterior),
   c. unghiul dintre peretele abdominal anterior şi cel posterior (în afară),

d. ansele intestinale subţiri (înăuntru) şi
e. marea cavitate peritoneală (în jos).

2. **COLONUL ASCENDENT**, porţiune fixă, de cca 12 -15 cm lungime, continuă cecul şi este acolat la peretele posterior de către FASCIA LUI TOLDT ; este mai profund cu cât urcă spre unghiul hepatic şi are rapoarte cu :

a. peretele abdominal (anterior),
b. faţa anterioară a rinichiului drept (posterior),
c. muşchiul iliac şi pătratul lombelor (în afară) şi
d. ansele subţiri şi marele epiploon (înauntru).

3. **UNGHIUL HEPATIC AL COLONULUI** este mai deschis şi mai coborît decât unghiul splenic, este proiectat la nivelul extremităţilor anterioare ale coastelor X şi XI şi vine în raport cu :

a. faţa viscerală a ficatului şi cu vezicula biliară (anterior),
b. duodenul II şi faţa anterioară a rinichiului drept (posterior),
c. peretele lateral al abdomenului (în afară) şi
d. colonul transvers şi marele epiploon (înăuntru).

4. **COLONUL TRANSVERS** are o lungime de cca 50 - 60 cm, este mobil şi, începând din dreptul extremităţii anterioare a coastei a X-a drepte, urcă în sus şi către stânga, spre extremitatea anterioară a coastei a VIII-a stângi, ocupând succesiv hipocondrul drept, epigastrul şi hipocondrul stâng, având rapoarte cu :

a. ficatul, peretele abdominal anterior şi splina (înainte),
b. rinichiul drept, duodenul II, pancreasul, duodenul III şi IV şi rinichiul stâng (îndărăt),
c. stomacul şi ficatul (în sus) şi
d. ansele subţiri (în jos).

COLONUL TRANSVERS este ancorat de stomac prin ligamentul gastro-colic, dă inserţie marelui epiploon pe aproape toată întinderea sa şi, împreună cu mezoul său, împarte marea cavitate peritoneală într-un spaţiu supra- şi un altul submezocolic. El face parte din colonul drept prin treimea sau cele două treimi drepte.

C. MEZOCOLONUL TRANSVERS ancorează colonul transvers la peretele abdominal posterior, ca un repliu peritoneal larg, purtând elementele vasculare ale organului şi are forma unei semilune, cu :

- o lărgime de cca 2 -3 cm la extremităţi şi 12 -18 cm în zona centrală ;
- două feţe, superioară şi inferioară,
- o margine colică şi
- o bază sau margine posterioară, care începe la nivelul ligamentului

freno-colic drept, trece peste duodenul II şi faţa anterioară a capului pancreatic, devine tangentă la unghiul duodeno-jejunal şi apoi, pe marginea inferioară şi anterioară a corpului şi cozii pancreasului, ajunge în hipocondrul stâng, unde fuzionează cu ligamentul freno-colic stâng, formând SUSTENTACULUL LIENAL.

D. ILEONUL TERMINAL intră în planul tematic al hemicolectomiei drepte, având - de fapt - origine vasculară comună cu a colonului drept ; ileonul terminal are o mobilitate relativă, datorită mezenterului ceva mai ingust şi inserţiei sale colice ; are o direcţie orizontală şi vine în raport cu :

a. peretele abdominal anterior,

b. ureterul, vasele genitale şi iliace drepte, prin intermediul mezenterului, cu c. ansele intestinale şi

d. genitalele interne la femeie.

D. VASCULARIZAŢIA

A R T E R E L E colonului drept provin din artera mezenterică superioară, prin ramurile sale :

1. **Artera colică dreaptă superioară**, care trece în grosimea mezocolonului transvers, peste duodenul II, fiind considerată artera unghiului hepatic ; ea dă :

a. un ram ascendent care se va anastomoza cu ramul similar din colica stângă superioară şi va forma ARCADA LUI RIOLAN, la care mai poate contribui şi artera colică medie a lui FRANTZ, când există, tot ca ram al arterei mezenterice superioare ;

b. un ram descendent care împreună cu un ram ascendent din artera colică dreaptă mijlocie (inconstant) sau din trunchiul ileo-biceo-apendiculo-colic, asigură vascularizaţia colonului ascendent ;

2. **Artera colică dreaptă mijlocie**, ram inconstant şi

3. **Artera ileo-biceco-apendiculo-colică**, ultimul ram de diviziune dreaptă a mezentericii superioare, prin ramurile care-i dau numele, asigură vascularizaţia cecului şi a ileonului terminal ; artera circumscrie, împreună cu terminarea mezentericii superioare, ARIA AVASCULARA A LUI TRÈVES, punct socotit critic pentru chirurgia ileonului terminal.

V E N E L E au aceleaşi denumiri cu arterele :

1. **Vena ileo-biceco-apendiculo-colică** şi

2. **Vena colică dreaptă** (care primeşte şi vene din gastro-epiploica dreaptă şi din pancreatico-duodenala inferioară) se varsă în vena mezenterică superioară.

LIMFATICELE urmează mai multe staţii ganglionare :

1. **Ganglionii epicolici**, situaţi chiar pe peretele intestinal,
2. **Ganglionii paracolici sau marginali**, dispuşi în lungul arcadei marginale,
3. **Ganglionii intermediari**, în vecinătatea bifurcării arterelor colice,
4. **Ganglionii principali**, situaţi în apropierea mezentericii şi
5. **Ganglionii centrali**, situaţi pe flancul vaselor mezenterice superioare, cu două grupe :
   a. prepancreatic, în unghiul dintre duodenul II şi III şi
   b. retropancreatic.

III OBIECTIVE şi PRINCIPII

OBIECTIVUL PRINCIPAL al intervenţiei este reprezentat de îndepărtarea colonului vascularizat de artera mezenterică superioară şi presupune ridicarea în bloc, a :

- Cca 30 - 40 cm din ileonul terminal,
- Ceco-apendicelui,
- A colonului ascendent,
- A unghiului hepatic şi
- A treimii sau două treimi drepte ale colonului transvres, împreună cu
- Epiploonul, mezourile şi ţesutul peritoneo-celulo-limfoganglionar aferent, hemicolectomia dreaptă făcând parte dintre rezecţiile sectoriale ale colonului.

PRINCIPIILE :

- Hemicolectomia dreptă, intervenţie bine reglată, este - din punctul de vedere al configuraţiei sale - una şi aceeaşi, având aceiaşi parametri, indiferent dacă indicaţia este reprezentată de cancer sau de alte etiologii, în raport cu hemicolectomia stângă, la care întinderea exerezei poate face unele compromisuri în plus sau în minus ; aceasta întrucât la nivelul colonului drept nu sunt posibile colectomiile segmentare.
- Din punct de vedere oncologic, hemicolectomia dreaptă este mai puţin radicală decât cea stângă, întrucât ligaturile vasculare nu pot fi efectuate chiar la nivelul originii lor, ci la nivelul unor ramuri emanate deja, ca ramuri secundare.
- Chirurgia colică trebuie să fie
  = o chirurgie atraumatică,
  = cu explorări blânde şi sistematice,

= fără mobilizări excesive ;
= ea reclamă suturi atraumatice, într-un plan sau în două, nu în " cât mai multe planuri " ; aici anastomoza se realizează între ileonul terminal şi colon, or ileonul - prin plasticitatea lui particulară - conferă un plus de soliditate anastomozei.

◆ Intervenţia trebuie să se desfăşoare pe un colon bine pregătit din punct de vedere al vacuităţii şi septicităţii sale ; hemicolectomia dreaptă este mai rar efectuată în condiţii de urgenţă.
◆ Peritonizarea este mai uşor de realizat decât în cazul hemicolectomiei stângi sau poate fi suplinită de mezenter.
◆ În caz de indicaţii oncologie, trebuie luate unele măsuri speciale :
= ligaturile vasculare trebuie să se realizeze înainte de mobilizarea tumorii,
= trebuie să se facă o excludere luminală, prin ligaturi ale colonului deasupra şi dedesubtul tumorii.
= izolarea, în câmpuri sau foiţe de plastic, a tumorii faţă de peritoneu şi
= injectarea de citostatice sau
= lavajele peritoneale cu citostatice sau dextran sunt benefice.
◆ În cazurile hemicolectomiilor drepte sunt mai rar indicate sau realizate anusurile temporare dar intervenţiile seriate îşi au locul aici, prin utilizarea derivaţiei interne ileo-transverse, pentru punerea în repaos a colonului, scoaterea din ocluzie şi redresarea bolnavului.

IV INDICAŢII şi CONTRAINDICAŢII

INDICAŢIILE hemicolectomiei drepte sunt mai numeroase decât ale celei stângi, adresându-se şi altor afecţiuni decât cancerul. Astfel :

1. Cancerul colonului drept,
2. Al apendicelui cecal şi
3. Al ileonului terminal.
4. Leziunile inflamatorii :
= tumorile inflamatorii ale colonului,
= ileitele terminale (CROHN, T.B.C. ileo-cecal complicate sau nu),
= ileitele nespecifice,
= febra tidfoidă complicată etc.
5. Complicaţiile mecanice de tip invaginaţie intestinală ileo-colică sau

colo-colică, cu leziuni ireversibile sau necroze diverse, produse prin cuduri, bride etc.

6. Tulburările vasculare cu leziuni ireversibile de tip infarct, gangrene.

7. Indicaţii speciale :

a. fistule stercorale după patologia apendiculară,

b. ocluzii, deperitonizări întinse etc.;

c. patologia ileonului terminal,

d. afecţiunile diverticulului MECKEL complicate etc.

CONTRAINDICAŢIILE sunt reprezentate de :

1. Contraindicaţiile generale ale oricăror intervenţii chirurgicale de amploare şi

2. Contraindicaţii locale determinate de unele leziuni inflamatorii sau supurative care fac o hemicolectomie riscantă. In aceste situaţii este de preferat să se realizeze o derivaţie internă, faţă de ceco- sau ileostomie.

V PREGĂTIRE PREOPERATORIE

PREGĂTIREA PREOPERATORIE a bolnavului colic este de cea mai mare importanţă pentru evoluţia postoperatorie şi trebuie efectuată cu deosebită grije ; o parte din complicaţiile postoperatorii pot fi puse pe seamă lipsei sau a unei pregătiri colice necorespunzătoare. Aceasta are mai multe obiective :

A. Pregătirea generală :

1. Pregătirea biologică are în vedere :

a. combaterea stărilor de anemie, pe care majoritatea bolnavilor le prezintă, prin administrarea de sânge, în raport cu datele de laborator ;

b. corectarea hipoproteinemiei este absolut necesară, prin utilizarea sângelui sau a unor preparate de proteine ; de remarcat că hipoproteinemia poate fi responsabilă de edemul mucoaselor, de pareza intestinală, de tulburările de tranzit, de favorizarea dezunirilor, a şocului cronic, de eviscerații sau escare ; se va acorda bolnavilor, în măsura posibilităţilor, o alimentaţie hiperproteică, cu 2,5 g/Kg corp şi fără deşeuri ;

c. se va asigura un bilanţ pozitiv în hidraţi de carbon şi grăsimi ;

d. stările de hipo- sau avitaminoze, constant prezente, vor fi combătute corespunzător ;

e. reechilibrarea hidro-electrolitică are o valoare cu totul particulară, întrucât marea majoritate a bolnavilor se află într-o stare de deshidratare prin vărsături, stări subolcuzive sau diaree,

suprainfecţie tumorală şi febră etc.; reechilibrarea va fi condusă după bilanţurile efectuate, corect şi repetat.

2. **Pregătirea viscerală** vizează :

a. **ameliorarea funcţiilor cardiace** : de cele mai multe ori, este vorba de bolnavi vârstnici, purtători ai unor coronarite, afecţiuni ischemice, fibrilaţii atriale etc., care trebuie tratate după caz ; gimnastica respiratorie, oxigenoterapia izolată, evitarea supraîncărcării volemice ca şi a clinostatismului prelungit, sunt absolut necesare ; utilizarea medicaţiei anti-sludge sau, în unele situaţii, a anticoagulantelor, alături de măsurile anterioare, ameliorează starea vasculară, având în vedere că acţiunea pe zonele vecine cu trunchiurile vasculare mari favorizează trombozele ;

b. **pregătirea respiratorie** îşi găseşte indicaţia majoră în cazurile cu tulburări ventilatorii şi constă în gimnastică respiratorie repetată, reducerea sau interzicerea fumatului, în administrarea de aerosoli, antibiotice (după caz), efedrină, oxigenoterapie, ca şi

c. **îmbunătăţirea funcţiilor hepato-renale** este de luat în seamă şi are în vedere administrarea unui regim protector, ca şi tratamentul de redresare a funcţiilor hepatice ; funcţia urinară implică uneori măsuri deosebite, mai ales pentru faptul că mulţi dintre bolnavi sunt retenţionişti cronici care pot impune drenajele active, diureticele etc.

d. în caz de diabet, etilism, ateroscleroză cerebrală, poliartrite etc, se va face tratamentul corespunzător.

Pregătirea locală este, şi ea, de cea mai mare importanţă şi are drept obiective :

1. **Evacuarea intestinului :** aceasta trebuie să înceapă cu 6 - 8 zile înaintea intervenţiei programate şi se poate realiza prin :

= administrarea de ulei de parafină (2 -3 linguri pe zi), cu efect fluidifiant pentru materiile fecale ;

= admnistrarea de ulei de parafină în părţi egale cu uleiul de ricin pare şi mai convenabilă pentru bolnavii aflaţi într-un grad oarecare de ocluzie, întrucât amestecul s-ar transforma într-un acid gras nesaturat (acid ricinoleic) care determineă o stimulare a peristalticii şi o bună evacuare a colonului şi a ileonnului ;

= purgativele saline se folosesc (eventual) numai cu două zile înainte de operaţie, în lipsa altor scheme posibile, întrucât antrenează deshidratarea bolnavului şi tulburări electrolitice ;

= clismele blânde se prescriu de asemenea, cu două zile înainte de operaţie, efectuate cu ser fiziologic şi apă oxigenată (20%) ori glicerină (25%) ;

= sonda MILLER-ABBOT convine cazurilor cu subocluzie sau chiar cu ocluzie intestinală ;

= irigaţia intestinală (HEWITT şi REEVE) constă în introducerea în tubul digestiv, pe sonda gastrică, a unei cantităţi de 10 -12 litri de lichid care conţine clorură de Na, de K şi bicarbonat de Na, în apă distilată la 37^0 ; soluţia trebuie administrată în decurs de 2 -3 ore, având adăugată şi o cantitate de 2 - 3 gr de neomicină ; se pare că această metodă este bine suportată de bolnavii în stare de subocluzie dar este riscantă pentru cei cu insuficienţă cardio-vasculartă ; mai curentă este

= utilizarea soluţiilor de manitol, care pare să aibe avantaje şi eficienţă deosebită ; se administrează soluţii de 10 sau 20 %, în cantitate de 1000, respectiv, 500 ml, în preziua operaţiei, cu reechilibrare volemică corespunzătoare, funcţie de eliminările consemnate.

2. Evitarea reziduilor intestinale este absolut necesară, realizabilă printr-o alimentaţie corespunzătoare :

a. se exclud :
= legumele verzi şi uscate,
= pâinea şi preparatele de grâu,
= fructele,
= laptele, brânzeturile fermentate şi iaurtul,
= alcoolul şi băuturile gazoase.

b. sunt permise :
= cafeaua, ceaiurile, infuziile simple sau apa obişnuită,
= carnea slabă, fiartă sau friptă, jambonul, peştele slab,
= ouăle,
= laptele ecremat,
= zahărul,
= merele coapte, lamâile,
= crema de cereale, morcovi şi andive etc.

c. se asigură bolnavului o raţie zilnică de 3 - 5000 calorii pe 24 de ore ; unii practicieni folosesc preparatul VIVONEX pentru cosmonauţi, pudră instant, cu bune rezultate în pregătirea colică.

3. Pregătirea antiinfecţioasă este absolut necesară dacă ne gândim că la nivelul colonului se află cel mai mare rezervor de bacterii al organismului ; experienţa ne arată diferenţe nete între bolnavii pregătiţi şi cei nepreparaţi antiinfecţios, în evoluţia postoperatorie şi, mai ales, în apariţia complicaţiilor ; pregătirea antiinfecţioasă se poate realiza prin :

a. sulfamide insolubile în apă şi fără rezorbţie intestinală (astăzi părăsite)

b. antibiotice :

= asocierea neomicinei cu metronidazolul (acesta din urmă împotriva florei anaerobe) pare să întrunească opţiunile majorităţii practicienilor, întrucât este bine suportată de bolnavi şi dă cele mai bune rezultate :

– neomicina se poate administra după mai multe scheme :

* câte 2 gr/24 h în primele două zile şi câte 4 gr/24 h în ultimele două zile, în prize la 6 ore ; sau
* 4 gr/24 h în prima zi şi câte 6 gr/24 h în a 2-a şi a 3-a ;

– metronidazolul :

* în doze de 2 gr/24 h, 3 - 4 zile, oral ;

= neomicina se poate asocia, în ultimele două zile şi cu :

– penicilina sau streptomicina,

– tetraciclina sau eritromicina, împotriva germenilor asociaţi.

= în ultima vreme, cefalosporinele au modificat, simplificat şi îmbunătăţit mult datele pregătirii antiinfecţioase a colonului, mai ales prin aplicarea lor în bolusuri, după diverse scheme :

* administrarea i.v. a unui gr de cefalosporină, odată cu inducţia anestezică, este urmată de
* un alt gram, la momentul mobilizării tumorale,
* eventual cu repetarea unei adminstrări suplimentare dacă intervenţia durează încă două ore, iar postoperator, completarea până la o doză totală de 4 gr/ 24h.

Pregătirea antiinfecţioasă poate determina unele accidente care trebuie prevăzute şi surprinse în timp util :

Diareile simple, cu 4 - 6 scaune pe zi ; coproculturile arată o sărăcie de germeni şi cedează la simpla întrerupere a tratamentului.

Enterocolita severă se manifestă prin colici abdominale, scaune multiple, ascensiuni febrile şi alterarea rapidă a stării generale ; coproculturile arată o absenţă a florei intestinale care este înlocuită cu o alta : Klebsiela, Enterococ, Pseudomonas, Stafilococ etc ; este recomandabilă contramandarea intervenţiei şi tratament adecvat şi sustinut, altfel bolnavul se poate pierde.

Enterocolita gravă, holeriformă, are un procent crescut de letalitate datorită prezenţei exclusive a stafilococului în lumenul intestinal, germene care secretă toxine neurotrope ; tratamentul adecvat trebuie foarte bine susţinut şi asociat cu antibiotice specifice.

De remarcat ca aceste tulburări pot surveni şi în perioada postoperatorie, ceea ce impune recunoaşterea lor şi aplicarea unui tratament adecvat.

VI ANESTEZIE

ANESTEZIA GENERALĂ cu I.O.T. convine majorităţii bolnavilor, fiind singura capabilă să asigure confortul chirurgical necesar unei intervenţii de amploare şi de lungă durată.

În mod excepţional, când suntem prinşi pe picior greşit, o **ANESTEZIE DE CONDUCERE** va putea fi completată şi " înnobilată " de prezenţa activă a anestezistului.

VII INSTRUMENTAR

COMUN - tava mare pentru intervenţiile abdominale ;

SPECIAL - depărtător autostatic (cu cadru), valve abdominale mari, pense de coprostază, bisturiu electric, aspirator etc.

VIII DISPOZITIV OPERATOR

BOLNAVUL - în decubit dorsal comun, cu membrele superioare în abducţie, pe suporturi pentru perfuzii şi aparat de tensiune.

ECHIPA OPERATORIE :

1. Operatorul - la dreapta bolnavului.
2. Ajutoarele - la stânga bolnavului.

IX TEHNICĂ

Hemicolectomie dreaptă pentru cancer de colon ascendent, cu ligatura primară a vaselor şi ileo-transverso-anastomoză termino-terminală.

A. CALEA DE ABORD - marea laparotomie pararectală dreaptă, uşor încurbată median în partea superioară a inciziei ; izolare parietală, depărtător autostatic.

B. EXPLORAREA corectă şi sistematică presupune :

1. Explorarea locală interesează : starea colonului, topografia tumorii, caracterele sale, mobilitatea, penetraţia în organele vecine (rinichi, ureter, duoden, ficat, intestin, stomac, pancreas etc.) sau perete.
2. Explorarea regională vizează staţiile ganglionare afectate.
3. Explorarea generală are în vedere : mai întâi, restul colonului şi

rectul, pentru decelarea unor cancere sincrone ; mai departe se vor cerceta ficatul (metastaze nedecelate preoperator) şi ganglionii centrali, toate celelalte organe din abdomen şi pelvis.

C. IZOLAREA TUMORALĂ implică :

- Aplicarea de ligaturi strânse deasupra şi dedesubtul tumorii ; fiind vorba de un segment fix, firul de ligatură se va trece după o prealabilă disecţie atentă, circumferenţială.
- Se înveleşte tumora în câmp de tifon sau de plastic, eventual sub ligaturile de mai sus.
- Injectarea de antimitotice sau dextran de greutate moleculară mare, în plină masă tumorală, trebuie făcută cu mare atenţie.
- Lavajul peritoneal larg, cu ser fiziologic (acţiune mecanică pură), cu citostatice ori dextran poate fi bine venit.

D. HEMICOLECTOMIA DREAPTĂ evoluează în 3 timpi esenţiali :

1. **Exereza**, care implică :

a. ligatura vaselor mezenterice :

= se incizează peritoneul pe marginea dreaptă a venei mezenterice superioare, la rasul reflecţiei sale orizontale pe mezocolonul transvers ;

= se disecă, evidenţiază şi ligaturează-secţionează artera şi vena unghiului colic, imediat după origine ;

= se continuă secţiunea peritoneului în lungul vaselor mezenterice superioare şi se ligaturează rând pe rând, vasele colice medii (când există) şi trunchiurile ileo-biceo-apendiculo-colice, arterial şi venos ;

b. secţiunea mezocolonului transvers se realizează vertical, pe toată înălţimea sa, cu ligatura arcadei RIOLAN la nivelul unirii treimii drepte cu treimea mijlocie a transversului ;

c. se pregăteşte colonul în zona viitoarei anastomoze, secţionând marele epiploon în lungul său şi creând o breşă în epiploonul gastro-colic ;

d. se continuă decolarea peritoneală şi celulo-grăsoasă, cu ridicarea tuturor ganglionilor aferenţi dinăuntru în afară şi de sus în jos, continuând a secţiona ligamentul gastro-colic, cât mai aproape de stomac, cu ridicarea peritoneului posterior care trebuie să lase descoperite elementele posterioare : duodenul, rinichiul şi ureterul drept, vasele genitale drepte ; coborîm odată cu secţiunea ligamentului freno-colic şi a peritoneului laterocolic, pe toată înălţimea acestuia, până la nivelul mezenterului terminal ; secţiunea

mezenterului se face cu atenţie pentru a-i menaja vasele aferente, la nivelul zonei care va intra în exereză (cca 30 cm de valvula ileo-cecală) ; în acest moment piesa operatorie este pregătită pentru a fi îndepărtată iar izolarea suplimentară a câmpului operator ne permite

e. exereza propriu-zisă : se aplică pensele de coprostază în zonele pregătite pentru anastomoză şi se secţionează sub acestea, la distanţă corespunzătoare pentru a permite anastomoza în bune condiţii.

2. **Anastomoza ileocolică** (ileo-transversă) se realizează :
   = termino-terminal, cu fire separate nerezorbabile, de nylon 9 sau 10, trecute " în 8 " **(Vezi 15 - X - E)**, în două tranşe " anterioare " **(Vezi 17 - X - E - 4)** ;
   = rezolvarea incongruenţei posibile dintre capătul ileal şi cel colic se rezolvă conform principiilor cunoscute ;
   = sutura marginii mezocolice la marginea mezenterică sau ligatura firelor corespunzătoare de pe pediculii vasculari (dacă au fost păstrate), reface continuitatea peritoneului. .

3. **Peritonizarea** se poate realiza prin etalarea ultimei anse ileale peste spaţiul descoperit sau se renunţă la ea.

F. TOALETA PERITONEALĂ şi DRENAJUL corespunzător, ca şi

G. REFACEREA PERETELUI ABDOMINAL încheie intervenţia chirurgicală care a decurs fără incidente şi accidente intraoperatorii.

X VARIANTE TEHNICE

A. CALEA DE ABORD poate fi diferită :

- mediană, supra şi subombilicală,
- transrectală sau
- atipică, cu branşări după necesităţi.

B. HEMICOLECTOMIA PROPRIU-ZISĂ poate consemna alte modalităţi :

1. **Exereza** :
   = poate evolua din afară înăuntru, cu secţiunea primară în spaţiul parieto-colic, cu decolarea colică şi cu ligatura secundară a vaselor ; respectă mai puţin principiile oncologice de ligatură vasculară dar poate fi mai facilă, mai ales dacă dorim să realizăm excluzia tumorală, cu ligaturi deasupra şi dedesubtul acesteia ;
   = de multe ori suntem obligaţi să alegem soluţii intermediare,

dictate de situaţia locală ; obişnuit, începem cu decolarea unghiului hepatic, prin secţiunea primară a ligamentului freno-colic drept, ceea ce ne permite să evaluăm mai corect caracterele tumorale, după care evoluăm spre stânga, unde vom ligatura vasele, şi apoi spre dreapta pentru desăvârşirea exerezei ;

= exereza poate fi lărgită :
  - asupra a două treimi din colonul transvers, mai ales atunci când tumora ese află mai aproape de unghiul hepatic al colonului, sau
  - asupra ileonului sau organelor vecine : colecist, stomac, rinichi ori a unei părţi din peretele abdominal.

2. **Anastomoza** poate fi :

= termino-laterală : implantarea ileonului se face lateral pe colon, după ce capătul colic a fost suturat sau

= este scos la perete într-o colostomie pe PEZZER, ceea ce poate constitui o protecţie pentru anastomoza termino-laterală sau poate degaja mai curând bolnavul din starea de ocluzie ;

= anastomozele latero-laterale nu se practică decât în situaţii speciale, din cauza fundurilor de sac care rezultă şi care, prin colmatare, pot defuncţionaliza anastomoza ;

= suturile monoplan sunt preferate de unii practicieni ;

= artificiile pentru realizarea congruenţei sunt bine cunoscute ;

= sutura mecanică reprezintă, pentru serviciile cu dotare corespunzătoare, un element important de progres ;

☞ **ANASTOMOZA ILEO-COLICĂ PRIN INTUBAŢIE, PE SEGMENT DEVASCULARIZAT (procedeu personal)**

*** DE PRINCIPIU :**

= **este vorba de realizarea unei anastomoze prin intubarea ileonului terminal lipsit de mezou (devascularizat), în segmentul colic ;**

= **sutura anastomotică devine foarte simplă, fiind doar una de ancorare, în plan sero-seros sau sero-musculo-seros ;**

= **locul de deversare a conţinutului proximal în cel distal se face la distanţă de linia de sutură iar segmentul de ileon intubat va împiedica orice posibilitate de reflux ;**

= **eliminarea segmentului devascularizat se face în decurs de câteva zile, suficient pentru a asigura etanşeitatea anastomozei, fără nici un fel de inconvenient şi fără ca**

bolnavul să sesizeze momentul ;

= anastomoza este aproape aseptică fiind realizată cu segmentul proximal pensat până aproape de sfârşitul montajului, astfel încât

= convine urgenţelor şi intestinului nepregătit ;

* TEHNIC :

= ne aflăm la momentul în care pregătim ridicarea piesei de hemicolectomie :

= se prepară, mai întâi, ileonul care va participa la anastomoză :

- se reperează linia de pe ileon care va intra în montajul anastomotic ;
- distal de această linie, pe distanţă de 6 - 10 cm, cu ajutorul foarfecelui, se detaşează pur şi simplu, mezenterul de pe intestinul tubular, ceea ce duce la devascularizarea segmentului respectiv, atestată de modificarea de culoare uşor de sesizat ;
- porţiunea de intestin astfel preparat, se goleşte de conţinut, în aval şi, la capătul zonei devascularizate, se aplică o pensă lungă, curbă (ideală este o pensă în " L "), dură şi solidă, în aşa fel încât corpul şi mânerul pensei să se afle aproape paralel cu intestinul care va fi intubat ;
- se secţionează ileonul razant la pensa aplicată la extremitatea distală a intestinului devascularizat şi se încredinţează unui ajutor ;

= prepararea colonului :

- la cca 2 mm de linia viitoarei secţiuni colice, se trec 4 fire de nylon 10, cardinale, sero-musculoase, paralele cu axul organului ;
- colonul se pensează cu pensă dură, spre piesa de exereză şi
- prin exprimare blândă, se goleşte în aval ; la distanţă de cca 10 cm de linia de secţiune, se aplică o pensă de coprostază ;
- se secţionează colonul deasupra firelor de reper care sunt susţinute de un ajutor, şi
- piesa de exereză se îndepărtează ;
- dacă pregătirea colică a fost corectă şi, mai ales, dacă golirea în aval s-a făcut în bune condiţii, nu este necesară nici o manevră de ştergere sau de aseptizare a lumenului colic ; chiar dacă această golire nu este cea dorită, este mai

bine să evităm manevrele de golire.

= anastomoza propriu-zisă :

- în colonul menţinut deschis de cele patru fire cardinale şi asigurat de pensa de coprostază distală, se introduce instrumentul care pensează intestinul devascularizat ;
- fiecare dintre cele patru fire cardinale de pe colon, se trec şi pe segmentul ileal, strict la limita dintre intestinul vascularizat şi cel devascularizat şi se înnoadă ; pensa din lumen rămâne încă strânsă ; pe fiecare latură dintre cele patru fire cardinale, se aplică, rând pe rând, fire simple, rare, la cca 3 mm unul de altul, seromusculare, trecute în lung, perpendiculare pe linia de incizie, astfel încât mucoasa colică se ascunde în firele de sutură ;
- înainte de trecerea ultimelor două fire de sutură, pensa ileală din lumenul colic se deschide şi se exteriorizează cu atenţie deosebită şi adaptându-ne curburilor acesteia ;
- se aplică ultimele două fire, se scoate pensa de coprostază distală de pe colon şi, eventual, ne convingem, prin peretele colic, că segmentul ileal se află corect intubat în lumenul colic, fără a fi suferit plicaturi ; în unele situaţii în care nu suntem satisfăcuţi de poziţia ileonului în colon, printr-o uşoară acţiune de "mulgere " în sens firesc, intubarea segmentului ileal poate fi perfectată.
- montajul anastomotic este terminat şi după o experienţă de câteva cazuri devine chiar expeditiv, consumându-ne un timp mult mai scurt decât orice sutură anastomotică. Mai departe,

= intervenţia decurge, conform timpilor operatori descrişi.

☞ Pe mai bine de o sută de cazuri operate cu acest tip de anastomoză, şi în montaje foarte diverse (ileo-colice, ileo-rectale, colo-colice, colo-rectale sau chiar ileo-ileale termino-laterale), autorul nu a semnalat nici o dehiscenţă de anastomoză, complicaţia cea mai severă a oricărei anastomoze. În marea majoritate a cazurilor, procedeul ne-a dat satisfacţie deplină, cu evoluţie postoperatorie dintre cele mai simple, ceea ce a făcut ca procedeul să devină unul de rutină pentru noi şi în situaţii dintre cele mai diverse.

☞ Şi totuşi, complicaţiile ne-au venit de unde ne aşteptam mai puţin : de la segmentul intestinal devascularizat şi incomplet

eliminat ! Am avut câteva cazuri de ocluzie mecanică precoce, care ne-au obligat la reintervenţie : de fiecare dată am găsit un segment ileal, conic, cu vârful proeminând în lumenul colonului, cu înălţimea de cca 3 cm, cu aspect mucos dar foarte edematiat şi complet obstructiv, care ne-a obligat la rerezecţie sau secţiune şi sutură plastică.

☞ **Este foarte greu de explicat viabilitatea unei zone de intestin complet lipsită de mezou şi deci de irigaţie : o circulaţie parazită, o zonă critică pe care intestinul o preia ca vascularizaţie, revitalizare prin mucoasa colică şi intestinală, realizarea unei suturi mai proximale, pe o zonă vasculară, de teama de a nu prinde în anastomoză ţesuturi devitalizate ? Nu suntem în măsură să răspundem pe moment dar ... nici nu am abandonat.**

☞ **Pornind de la realitatea că nu este suficientă suprimarea mezenterului pentru devascularizare-devitalizare completă şi că aceasta se datoreşte mucoasei, am realizat, cu ajutorul unei pense dure şi cu dantură nu prea agresivă, prin pensare repetată, prin intermediul peretelui intestinal, o strivire mucoasă, cu atenţie pentru a nu produce efracţia seroasei ; manevra pare foarte brutală şi, într-adevăr, intestinul reacţionează printr-o contracţie violentă, inexplicabilă pentru un segment lipsit de vitalitate dar ... am reuşit să evităm complicaţiile ocluzive care, se pare, aparţin numai intestinului subţire intubat nu şi colonului, cu perete mai larg şi mai fragil.**

☞ **Foarte probabil că dacă am fi avut posibilitatea unui examen colonoscopic şi a realizării unor manevre intraluminale locale, am fi putut evita reintervenţiile pentru ocluziile mecanice amintite.**

3. **Peritonizarea** se poate situa între o peritonizare cu orice preţ, prin aplicarea ansei ileale sau a epiploonului restant pe zona deperitonizată, uneori riscantă şi lipsa completă a peritonizării.

XI INCIDENTE şi ACCIDENTE INTRAOPERATORII

Într-o astfel de intervenţie de amploare, incidentele şi accidentele intraoperatorii pot surveni, sunt severe şi, avute în vedere, trebuie prevenite sau evitate. Se pot consemna :

- nerecunoaşterea pediculilor vasculari şi ligaturi incorecte, ceea ce poate impune ligatura altor pediculi şi lărgirea exerezei ;
- hemoragiile sau hematoamele produse prin deraparea ligaturilor sunt neplăcute şi obligă la disecţii suplimentare şi la reperarea corectă a vaselor lezate ;
- lezarea duodenului, în timpul decolării colice, este un accident serios care cere soluţii adecvate şi unul sever dacă leziunea duodenală nu a fost recunoscută ;
- ligatura ureterului drept poate duce la compromiterea funcţională a rinichiului respectiv, dacă cel opus este funcţional ; altfel, falsa anurie se va instala curând şi ne va pune semne de întrebare ; de aici necesitatea de a avea ureterul în permanenţă în câmpul operator şi de a reconsidera, înainte de încheierea intervenţiei, întregul traiect al acestuia ;
- lezarea ureterului drept este de asemeni un accident serios, care cere recunoaşterea lui şi soluţii în deplină cunoştinţă de cauză ; altfel putem avea surpriza unui uroperitoneu postoperator, de gravitate particulară sau a unei fistule urinare severe.

XII ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

ÎNGRIJIRILE POSTOPERATORII au o importanţă majoră şi continuă, de fapt, suita de măsuri care au constituit pregătirea preoperatorie, căreia i-am acordat o atenţie deosebită :

- combaterea şocului operator presupune reechilibrarea volemică, electrolitică, compensarea pierderilor sanguine, combatarea hipoproteinemiei ;
- suprimarea durerii are o importanţă deosebită şi trebuie făcută cu doze medicamentoase suficiente dar cu prudenţă pentru analgeticele majore care pot accentua distensia postoperatorie ;
- combaterea infecţiei reprezintă una dintre cele mai importante măsuri, mult ameliorată de administrarea bolusurilor de antibiotice şi, mai ales, a cefalosporinelor în asociere cu metronidazolul, după schemele cunoscute ; în lipsa acestor posibilităţi trebuie continuate antibioticele folosite la pregătirea colică, eventual conform cu microbismul cercetat şi aflat.

☞ **Subliniem, în mod deosebit, raritatea complicaţiilor septice prin utilizarea anastomozelor prin intubaţie pe segment devascularizat ;**

- prevenirea distensiei abdominale are o importanţă deosebită întrucât aceasta poate antrena dezechilibre hidro-electrolitice majore şi pune în pericol suturile :
  - = sonda de descărcare gastrică este utilă un timp limitat, păstrarea nejustificată putând antrena aceleaşi tulburări electrolitice ;
  - = corectarea dezechilibrelor amintite ;
  - = tratamentul cu alfa şi beta blocante trebuie început precoce şi urmărit ca eficienţă ;
  - = mobilizarea precoce, ca şi
  - = gimnastica respiratorie şi celelalte măsuri de activare a respiraţiei şi circulaţiei sunt bine venite ;
  - = reluarea unei alimentaţii precoce, progresive şi complexe are o valoare majoră pentru evoluţia bolnavului nostru ;
- urmărirea pansamentelor, mobilizarea şi permeabilizarea tuburilor de dren, ca şi suprimarea lor când au devenit inutile, şi
- controlul evoluţiei parietale, marchează mersul satisfăcător al bolnavului.

XIII COMPLICAŢII POSTOPERATORII

COMPLICAŢIILE POSTOPERATORII pot surveni în orice moment :

1. **Complicaţiile generale** :
   - = atelectazia pulmonară şi pneumopatiile diverse,
   - = infarctul miocardic, insuficienţa cardiacă, insuficienţa vasculară periferică şi
   - = tromboflebitele postoperatorii sau chiar accidentul trombo-embolic nu sunt rare ;
   - = insuficienţa renală poate apare şi ne obligă la măsuri corespunzătoare etc.

2. **Ocluzia intestinală postoperatorie** are o frecvenţă de cca 6% şi poate omorî un bolnav din trei ; se consideră că dacă tranzitul digestiv nu s-a restabilit în trei zile de la operaţie, bolnavul se află în stare de ocluzie, cauzele putând fi multiple : manevre operatorii ample, decolări peritoneale întinse, pierderi sanguine sau secreţii stagnante în peritoneu evoluând către un sepsis frust, hipoproteinemie, dehiscenţe de sutură etc.; ocluzia poate fi :

   a. **acută**, aparţinând mai ales intestinului subţire, manifestată prin peristaltică dureroasă, cu caracter de ocluzie mecanică, determinată de fixarea unei anse într-o zonă deperitonizată, cu cudură şi stop

intestinal sau prin angajare într-o zonă peritonizată cu orice preţ (iată preţul !) ; acest tip de ocluzie reclamă intervenţia de urgenţă ;

b. **ocluzia subacută** apare ceva mai insidios, este mai puţin zgomotoasă şi are un caracter mecano-inflamator ; semnele de ocluzie sunt mai şterse, aspiraţia gastrică devine mai abundentă sau se reia şi îşi modifică aspectul către fecaloid iar starea generală a bolnavului este din ce în ce mai alterată ; diagnosticul este destul de dificil, terapeutica este ezitantă dar, ceea ce este mai important de remarcat este faptul că un tratament corect şi tenace poate fi urmat de succes ; în caz contrar, ajutaţi de examenele radiologice care arată lipsa de progresiune a coloanei hidro-aerice sau stagnarea şi accentuarea ei, luând în considerare şi alterarea progresivă a stării generale, va trebui să intervenim mai înainte de a rata un anumit moment operator optim.

3. **Dezunirile şi fistulele** constituie - cu toate progresele realizate în tehnicile şi materialele de sutură - principalele problemele ale chirurgiei colo-rectale. Ele pot fi de mai multe tipuri :

a. dezunirea totală în peritoneul liber :
- = survine mai ales în prima săptămână,
- = apare mai ales la denutriţi şi hipoproteici,
- = ţine mai puţin de un defect tehnic şi mai mult de unul de indicaţie sau de tactică, iar
- = semnele generale prevalează asupra celor locale :
  - – stare generală alterată progresiv şi rapid,
  - – stare de agitaţie marcată,
  - – hiperazotemie, oligo-anurie ;
- = semnele locale sunt mai puţin sugestive :
  - – balonare, semne şterse de peritonită, cu absenţa contracturii abdominale ;
- = decizia terapeutică trebuie să fie fermă, altfel bolnavul nu supravieţuieşte :
  - – reintervenţia trebuie să aibe un caracter minim salvator :
    - * exteriorizarea ambelor capete anastomotice sau
    - * numai a celui proximal ;
  - – tratamentul peritonitei trebuie să fie complex, energic şi susţinut.

b. dezunirea parţială în peritoneul cloazonat :
- = este mai evocatoare pentru un defect de ordin tehnic,
- = apare ceva mai trziu,
- = semnele locale sunt mai evidente, trecând prin etapa de

peritonită localizată ;

= se manifestă ptin exteriorizarea de conţinut intestinal, prin tubul de dren, odată cu evacuarea unui abces ;

= decizia de reinterventţie este mai putin categorică decât în prima modalitate, existând şansele ca, la un tratament local corect (aspiraţie, meşaj etc.), susţinut de un tratament general de reechillibrare, fistula să se închidă fără reinterventţie, în decurs de câteva săptămâni.

☞ **Absenţa dezunirilor şi fistulelor după modalitatea de anastomoză prin intubaţie pe segment devascularizat, ne determină să o recomandăm tuturor colegilor noştri.**

XIV SECHELE POSTOPERATORII

SECHELELE POSTOPERATORII sunt destul de rare :

- după o perioadă de scaune mai moi, tranzitul se normalizează şi starea generală a bolnavului cunoaşte o redresare rapidă ;
- stenozele anastomotice sunt rare.

XV REZULTATE, PROGNOSTIC

- Mortalitatea postoperatorie se înscrie la valori de cca 5 %, bine înţeles, în funcţie de etiologia sau circumstanţele operatorii.
- Recidivele în peritoneu şi la distanţă apar în raport cu stadiul şi cu tratamentul multifactorial al cancerului.
- Supravieţuirile peste 5 ani sunt destul de frecvente, subliniind radicalitatea interventţiei, putându-se vorbi, la supravieţuiri de peste 10 -12 sau 15 ani, de o adevărată vindecare.
- Prognosticul bolnavilor este, în general, favorabil, permiţând un regim de viaţă normal, cu reintegrare corectă în mediul social şi profesional.

20

HEMICOLECTOMIA STÂNGĂ

I DEFINIŢIE

HEMICOLECTOMIA STÂNGĂ este intervenţia prin care se realizează exereza colonului dependent de pediculul mezenteric inferior, împreună cu teritoriul său peritoneo-celulo-limfo- ganglionar.

II ANATOMIE CHIRURGICALĂ

A. COLONUL STÂNG cuprinde :

1. COLONUL TRANSVERS prin treimea stângă sau cele două treimi stângi **(Vezi 17 - II - B - 4 şi C)**
2. UNGHIUL SPLENIC AL COLONULUI, ceva mai ascuţit, mai profund, mai sus situat şi mai constant decât cel opus, este fixat sub rebordul costal, între coasta a 9-a şi a 10 -a, la diafragm, prin ligamentul colo-frenic stâng sau SUSTENTACULUL LIENAL, bine vascularizat ; el vine în raport cu :
   a. peretele toracic,
   b. colonul transvers şi stomacul,
   c. peretele abdominal,
   d. rinichiul, suprarenala stângă şi pancreasul,
   e. splina,
   f. colonul descendent şi
   g. ansele intestinale ;
3. COLONUL DESCENDENT, de cca 14 - 20 cm, ceva mai lung decât colonul ascendent, are raporturi cu :
   a. peretele abdominal,

b. rinichiul, ureterul şi pătratul lombelor,
c. unghiul splenic şi marele epiploon,
d. colonul ilio-pelvin şi ansele intestinale,
e. peretele lateral şi pătratul lombelor şi
f. ansele intestinale.

4. COLONUL ŞIGMOIDIAN sau ILIO-PELVIN, are o lungime variabilă, de 30 - 60 cm şi se întinde între creasta iliacă şi vertebra S_3, de unde se continuă cu rectul ; are două porţiuni :

a. una iliacă, de la creasta iliacă până la marginea internă a psoasului, lungă de 7 -10 cm, cu mobilitate redusă (locul de elecţie al plasării anusului iliac stâng) şi care se află în raport cu :
= peretele abdominal,
= muşchiul psoas, vasele genitale (testiculare sau ovariene) şi nervul genito-crural,
= colonul descendent şi ansele intestinale,
= vasele iliace externe,
= ansele intestinale şi
= peretele lateral ;

b. o porţiune pelvină, cu mobilitate mare, graţie mezoului sigmoidian, şi care se întinde între marginea internă a psoasului şi S_3, în raport cu :
= vezica urinară,
= genitalele interne (la femeie),
= ansele intestinale subţiri şi
= ampula rectală.

5. MEZOUL SIGMOIDIAN, larg repliu peritoneal, adevărat hil vascular al colonului ilio-pelvin, are o inserţie unghiulară cu deschidere caudală, prezentând două rădăcini :

a. o rădăcină secundară, întinsă de la marginea internă a psoasului până la originea vaselor iliace primitive ; urmează un traiect ascendent şi către înăuntru, trecând peste vasele iliace şi ureterul stâng ;

b. o rădăcină principală sau primitivă, verticală, urmând direcţia intestinului primitiv, mediană şi descendentă, până la nivelul vertebrei S_3.

6. JONCŢIUNEA SIGMOIDO-RECTALĂ, zonă de trecere între colon şi rect, are o lungime variabilă între 3 şi 6 cm, semnalată de dispariţia franjurilor epiploice, a bandeletelor longitudinale şi a peritoneului la nivelul feţei sale posterioare.

B. VASCULARIZAŢIA colonului stâng este asigurată de vasele

mezenterice inferioare care au caracteristic faptul că sunt situate subperitoneal dar acoperite de fascia lui TOLDT, ceea ce face ca ele să se mobilizeze odată cu manevrele de decolare.

ARTERELE

Artera mezenterică inferioară ia naştere de pe faţa anterioară a aortei, la cca 3 cm sub marginea inferioară a pancreasului şi la 5 cm deasupra bifurcaţiei aortei, în dreptul vertebrei L_3 ; are un traiect în jos şi către stânga, în grosimea mezoului descendent, după care se curbează după concavitatea sacrului, unde se termină prin artera hemoroidală superioară . În traiectul său dă mai multe ramuri :

1. **Artera colică stângă superioară** ia naştere din trunchiul principal, fie izolat fie printr-un trunchi comun cu al sigmoidienelor, după care se îndreaptă în sus şi la stânga, formând cu mica mezaraică, ARCUL VASCULAR AL LUI TREITZ şi se împarte în două ramuri :
   a. un ram ascendent transvers, care participă la formarea arcadei RIOLAN şi
   b. un ram descendent care se anastomozează fie cu artera colică medie fie cu primul ram al sigmoidienelor.
2. **Trunchiul sigmoidienelor** ia naştere, cel mai frecvent, la nivelul fosetei sigmoidiene, uneori printr-un trunchi comun cu colica stânga superioară şi se împarte în 3 ramuri (excepţional în 4) :
   a. sigmoidiana superioară, care se anastomozează cu ramul descendent al colicii stângi superioare,
   b. sigmoidiana mijlocie şi
   c. sigmoidiana inferioară, care se anastomozează printr-o arcadă, cu artera hemoroidală superioară, (ramul terminal al mezentericii inferioare), realizând anastomoza lui SÜDECK, punctul critic al exerezelor largi colo-rectale.

Din ramificarea şi anastomozarea arterelor colice ia naştere o arcadă continuă, ARCADA MARGINALĂ, din care emerg VASELE DREPTE care abordează colonul alternativ, pe o parte şi alta, perpendicular pe axul intestinal.

V E N E L E sunt reprezentate de :

1. **Venele hemoroidale superioare**, care împreună cu
2. **Venele sigmoidiene**, formează
3. **Vena mezenterică inferioară** ; la nivelul articulaţiei sacro-iliace stângi, aceasta trece îndărătul arterelor sigmoidiene, mai sus formează cu artera colică stângă superioară ARCUL VASCULAR AL LUI TREITZ, trece pe deasupra unghiului duodeno-jejunal, determinând foseta duodenală superioară şi, îndărătul pancreasului, se uneşte cu

vena splenică, formând trunchiul mezenterico-splenic, care se va uni cu vena mezenterică superioară pentru a forma vena portă ; ligatura venei mezenterice inferioare chiar la origine, în baza mezocolonului transvers şi la marginea inferioară a pancreasului, reprezintă cheia chirurgiei cancerului de colon stâng.

LIMFATICELE au o importanţă particulară şi realizează mai multe relee, grupele ganglionare ale segmentelor mobile aflându-se în grosimea mezourilor, în timp ce, pentru segmentele fixe, se situează retroperitoneal :

1. **Ganglionii epicolici** se află situaţi chiar pe peretele colic ;
2. **Ganglionii paracolici sau marginali**, se găsesc de-a lungul arcadei marginale, de unde limfa trece mai departe în
3. **Ganglionii intermediari**, situaţi în apropierea bifurcaţiei arterelor colice, apoi în
4. **Ganglionii principali**, aflaţi în apropierea originii mezentericii inferioare şi în cele din urmă converg către
5. **Ganglionii centrali**, situaţi chiar pe aortă, la originea arterei mezenterice, împărţiţi în două grupuri :
   a. retropancreatic, pentru unghiul stâng şi treimea stângă a transversului şi
   b. grupul aortic, pe flancul stâng al aortei.

De remarcat că fluxul limfatic poate scurtcircuita unele relee sau poate lua o cale retrogradă, către ganglionii hipogastrici.

III OBIECTIVE şi PRINCIPII

OBIECTIVUL PRINCIPAL al hemicolectomiei stângi este reprezentat de îndepărtarea colonului vascularizat de vasele mezenterice inferioare şi presupune ridicarea în bloc a :

- Treimii stângi a colonului transvers,
- A unghiului splenic al colonului,
- A descendentului,
- A colonului ilio-pelvin şi
- A joncţiunii sigmoido-rectale, împreună cu epiploonul, mezourile şi ţesutul celulo-limfo-ganglionar aferent, hemicolectomia stângă făcând parte dintre rezecţiile sectoriale ale colonului.

PRINCIPIILE :

- Hemicolectomia stângă este o intervenţie bine reglată, în care dispoziţia vasculară ne permite ligatura vaselor chiar la origine, principiu oncologic major, motiv pentru care este indicată în special

pentru cancer ; pentru alte afecţiuni, colonul stâng permite realizarea unor colectomii mai restrânse decât hemicolectomia adevărată ; atributul de radicalitate îi este mai apropiat decât pentru hemicolectomia dreaptă.

- Hemicolectomia stângă presupune decolări întinse care sunt creditate cu mare acţiune de şoc asupra bolnavului şi trebuie bine gândite şi realizate.
- Chirurgia colonului stâng trebuie să fie o chirurgie atraumatică prin excelenţă, mai ales în indicaţiile oncologice :
  = explorare bine sistematizată şi blândă,
  = mobilizări limitate ;
- reclamă suturi etanşe, suple, atraumatice, într-un plan sau în două, nu "în cât mai multe planuri " ;
  = suturile se realizează pe un perete subţire, pe ambele versante ale anastomozei, ceea ce presupune o atenţie particulară ;
  = tracţiunile cele mai mici trebuie evitate întrucât pot induce tulburări vasculare importante ;
  = fiind, de cele mai multe ori, o chirurgie a vârstei înaintate, vom aprecia foarte bine vascularizaţia capetelor rămase, punând în balanţă şi posibilitatea unor tulburări aterosclerotice ale vaselor colice.
- Intervenţia trebuie să se desfăşoare pe un colon foarte bine pregătit din punct de vedere al vacuităţii şi septicităţii.
- Pentru cancer, respectarea principiilor oncologice este obligatorie :
  = ligatura primară a vaselor la origine,
  = excluderea tumorală prin ligaturi în amonte şi în aval,
  = izolarea peritoneală a tumorii prin câmpuri sau folii de plastic,
  = injectarea de antimitotice sau dextran în tumoră,
  = lavajele peritoneale cu ser fiziologic, citostatice sau dextran cu greutate moleculară mare.
- În cadrul colonului stâng intervenţiile seriate nu sunt deloc perimate (" mai bine să salvăm bolnavul în mai mulţi timpi decât să-l pierdem dintr-o dată ") ; aici derivaţiile sunt mai greu de realizat dar anusurile temporare nu sunt lipsite de interes şi valoare, urmând ca în momentul în care bolnavul este ieşit din starea de urgenţă şi deficit biologic, să reintervenim pentru a realiza o intervenţie cu caracter de radicalitate.

IV INDICAŢII şi CONTRAINDICAŢII

INDICAŢIA MAJORĂ a hemicolecotmiei stângi este reprezentată de :

1. Cancerul colonului stâng, pentru care intervenţia întruneşte caracterul de radicalitate.
2. Alte indicaţii :
   a. polipoza colică difuză,
   b. diverticuloza colică cu localizare predominentă în acest sector şi
   c. tumorile inflamatorii ale colonului stâng pot reprezenta indicaţii de hemicolectomie stângă dar aceastea se conduc după alte principii.

CONTRAINDICAŢIILE hemicolectomiilor stângi sunt reprezentate de :

- Urgenţe, în care trebuie adoptate alte soluţii, de tipul anusurilor.
- Bolnavii taraţi, incapabili de a suporta o agresiune chirurgicală majoră.
- Extensia tumorală în organele vecine, care ar reclama o intervenţie mult lărgită, ceea ce pune sub semnul întrebării radicalitatea.
- Metastazele la distanţă, hepatice multiple (cele unice pot fi, eventual, rezolvate) şi peritoneale.

V PREGĂTIRE PREOPERATORIE

(Vezi 19 - V)

VI ANESTEZIE

Hemicolectomia stângă face parte din intervenţiiler de mare amploare şi foarte şocante, de unde necesitatea unei anestezii de calitate, care trebuie să îndeplinească unele deziderate :

= evitarea unei inducţii brutale, care scade debitul cardiac şi determină anoxie periferică şi acidoză,
= asigurarea unei protecţii neuro-vegetative continue,
= relaxare perfectă,
= evitarea scăderilor tensionale repetate,
= oxigenare corectă şi constantă,
= corectarea pierderilor sanguine etc.

ANESTEZIA GENERALĂ cu I.O.T. este singura capabilă să îndeplinească aceste deziderate, oferind în acelaşi timp, condiţii optime de confort chirurgical.

VII INSTRUMENTAR

COMUN - tava mare pentru intervenţiile abdominale ;

SPECIAL - depărtător autostatic (cu cadru), valve abdominale mari, pense de coprostază, bisturiu electric, aspirator, trusa de sutură mecanică etc.

VIII DISPOZITIV OPERATOR

BOLNAVUL - în decubit dorsal comun, cu membrele superioare în abducţie, pe suporţi, pentru perfuzii şi aparat de tensiune.

ECHIPA OPERATORIE :

1. Operatorul - la dreapta bolnavului ; în anumite momente el se poate plasa la stânga bolnavului.
2. Ajutoarele - în faţa chirurgului operator.

IX TEHNICĂ

Hemicolectomie stângă ideală, cu ligatura primară a vaselor, pentru cancer de colon descendent

A. CALEA DE ABORD este marea coeliotomie mediană supra - şi subombilicală, realizată de la început sau după explorare şi confirmarea deciziei operatorii ; asigurarea unui câmp operator optim se poate face printr-un depărtător autostatic adecvat (JUVARA) sau cu ajutorul unor valve care realizează o depărtare mai mobilă, mai puţin traumatizantă, acţionând acolo unde este nevoie.

B. EXPLORAREA corectă trebuie să urmeze un plan bine stabilit :

1. Explorarea locală are în vedere : topografia, mărimea, caracterul, extensia, mobilitatea tumorii şi rapoartele cu organele vecine (splină, stomac, anse intestinale, rinichi, ureter, genitale etc.) şi peretele abdominal.
2. Explorarea regională se raportează la teritoriile limfatice teritoriale iar
3. Explorarea generală se referă la staţiile ganglionare centrale şi la toate organele din cavitatea peritoneală şi pelvină.

C. OPTIMIZAREA CÂMPULUI OPERATOR este de cea mai mare importanţă şi se poate realiza printr-un TRENDELENBURG moderat aplicat mesei de operaţie, prin exteriorizarea anselor intestinale într-un sac special, în câmpuri umede, sau prin deplasarea masei intestinale în zonele abdominale în care nu lucrăm pe moment ;

☞ **Personal, nu susţinem ideea exteriorizării anselor : chiar dacă**

ne lasă mai mult câmp liber, acestea vor induce tracţiuni pe mezourile delicate sau chiar tulburări vasculare şi vor fi neglijate de operatorul care are griji cu mult mai importante.

D. IZOLAREA ONCOLOGICĂ A TUMORII se realizează prin :

- Aplicarea unor ligaturi strânse deasupra şi dedesubtul tumorii, pentru a impiedica contaminarea mucoasă.
- Se înveleşte tumora într-un câmp moale sau în folii de plastic, pentru limitarea contaminării peritoneale.
- Injectarea de citostatice sau dextran de greutate moleculară mare în tumoră trebuie făcută cu mare atenţie şi, în fine,
- Lavajul peritoneal larg cu ser fiziologic, pentru acţiunea sa mecanică, este binevenită, ca şi aplicarea de citostatice sau dextran în plin peritoneu, după epuizarea timpilor principali.

☞ **În realitate, socotim că rareori avem condiţii pentru a realiza o astfel de izolare oncologică în care să şi credem, în afara interesului teoretic ; este mai puţin probabilă o migrare de ţesut tumoral şi grefarea intraoperatorie a acestuia pe mucoasa subjacentă, în comparaţie cu bolul fecal care a putut realiza acest lucru zilnic, în sute şi sute de reprize ; mai mult, în afara riscului imediat, şi injectarea intratumorală de citostatice, ni se pare iluzorie ca efect ; credem că mai logic este lavajul cu citostatice sau cu dextran şi, atunci când dispunem, preferăm să lăsăm o soluţie de citostatice în cavitatea peritoneală, deşi suntem convinşi că niciodată nu lăsăm o cantitate suficientă ; în schimb, încercăm să administrăm o serie de citostatice, cât mai precoce, din primele zile postoperatorii, mai ales pentru cele cu administrare parenterală.**

E. HEMICOLECTOMIA STÂNGĂ PROPRIU-ZISĂ are 3 timpi esenţiali :

1. **EXEREZA,** care implică :

a. ligatura vaselor mezenterice inferioare :

= se secţionează peritoneul parietal posterior la nivelul marginii inferioare a pancreasului, pe distanţă de 4 - 6 cm ;

= se descoperă-ligaturează-secţionează vena mezenterică inferioară la rasul splenicei, pe flancul stâng al unghiului duodeno-jejunal (atenţie la ureter !) ;

= se continuă secţiunea peritoneului parietal posterior, în lungul aortei ;

= se descoperă-ligaturează-secţionează artera mezenterică

inferioară, chiar la emergenţa din aortă, (nu înainte de a studia dispoziţia arcadei RIOLAN şi a arcadei marginale colice), la marginea inferioară a duodenului III şi la cca 5 cm deasupra bifurcaţiei aortice ;

b. se continuă secţiunea peritoneului parietal posterior până la nivelul promontoriului, apoi pe marginea dreaptă a rectului, până aproape de fundul de sac DOUGLAS ; odată cu această secţiune se realizează curajul celulo-limfo-ganglionar şi eliberarea planului mezocolic descendent, dinăuntru în afară ;

c. se începe decolarea colo-parietală de jos în sus, pentru eliberarea colonului ilio-pelvin, de pe flancul stâng al rectului, continuându-se clivajul colo-parietal până la nivelul unghiului splenic al colonului ;

d. se eliberează unghiul splenic (atenţie la sustentaculul lienal care e destul de bine vascularizat) ;

e. se secţionează epiploonul aferent şi apoi, ligamentul gastro-colic corespunzător, cât mai aproape de stomac ;

f. secţiunea verticală a mezocolonului transvers, pe toată înălţimea lui, permite

g. unirea decolării peritoneale drepte cu cea stângă, ceea ce lasă descoperite vasele genitale stângi şi ureterul ;

h. distal se secţionează artera hemoroidală superioară şi se completează secţiunea rădăcinii primare a mezosigmoidului ; urmează

h. secţiunea tranşantă a rectului, sub pensa clampă aplicată pe joncţiunea rectosigmoidiană şi

i. secţiunea proximală a colonului, după ce ne-am asigurat că avem suficient material pentru o anastomoză fără tensiune ;

2. **RESTABILIREA CONTINUITĂŢII** digestive se realizează prin anastomoză colo-rectală termino-terminală, într-un plan, cu fire de nylon 9 sau 10, trecute " în 8 " **(Vezi 13 -X - E)** .

3. **DRENAJUL şi PERITONIZAREA**

= se plasează unul sau două tuburi de dren în spaţiul retro-peritoneal şi un altul în peritoneu în proximitatea anastomozei ;

= peritonizarea se face :

– la dreapta, suturând marginea mezocolonului transvers secţionat la tranşa de secţiune a peritoneului ;

– în stânga, peritonizarea este mai greu de realizat, putându-se etala epiploonul restant pe zona decolată ;

– în porţiunea joasă, peritonizarea se poate face pe seama

marginii stângi a mezocolonului transvers, fără a insista în mod deosebit ;

F. TOALETA PERITONEALĂ şi REFACEREA PERETELUI ABDOMINAL încheie intervenţia chirurgicală.

X VARIANTE TEHNICE

A. CALEA DE ABORD poate fi paramediană arcuită proximal, transrectală sau mediană subombilicală cu branşări diverse după necesităţi

D_1 EXEREZA :

1. Poate evolua clasic, cu decolare primară a peritoneului din afară înăuntru, de la stânga la dreapta, cu ligatura ulterioară a vaselor ; are dezavantaj oncologic întrucât ligatura vaselor are loc după mobilizarea tumorală.
2. Hemicolectomia simplă constă în ligatura vaselor aproape de canalul colic, după emergenţa ramurilor, cu acelaşi inconvenient oncologic.
3. Din punctul de vedere al întinderii exerezei colice :
   a. poate fi interesat segmentul superior al rectului ; în acest caz anastomoza va fi mai joasă şi se iau măsurile necesare ;
   b. interesarea treimii mijlocii a transversului, în caz de tumori mai sus situate, poate pune problema restabilirii continuităţii, situaţie în care se poate păstra segmentul distal al buclei sigmoidiene ;
   c. în alte situaţii se poate renunţa la şi la exereza unghiului splenic ;
4. Hemicolectomia stângă lărgită are în vedere extinderea intervenţiei în sensul splenectomiei, nefrectomiei stângi, al histerectomiei, anexectomiei sau rezecţiei concomitente a unor segmente de intestin subţire, ca şi a unor metastaze hepatice unice sau multiple uşor accesibile etc.
5. Intervenţiile seriate, cu anus iliac stâng pot fi benefice pentru anumiţi bolnavi.

D_2 RESTABILIREA CONTINUITĂŢII se poate realiza diferit :

1. Cu anastomoză colorectală latero-terminală, după sutura capătului colic.
2. Operaţia de tip HARTMANN pot fi realizată în funcţie de situaţiile pe care le avem de rezolvat.
3. Sutura mecanică are unele avantaje.
4. Şi în cadrul hemicolectomiei stângi se poate folosi, cu bune rezultate, anastomoza prin intubaţie, pe segment devascularizat (**Vezi 19 - X - B - 3**), ceea ce simplifică mult anastomoza şi suprimă riscul dehiscenţei sau

al fistulelor ; devascularizarea capătului colic proximal se face în aceleaşi condiţii ca şi pentru ileon.

D3 PERITONIZAREA poate avea variante între :

= peritonizare cu orice preţ, variantă nu lipsită de riscuri şi
= fără peritonizare ;
= în unele situaţii, colonul coborît poate traversa o breşă din mezenter, situaţie în care ansele intestinale plasate la stânga colonului, vor " umple " spaţiul de decolare peritoneală.

XI INCIDENTE, ACCIDENTE INTRAOPERATORII

Acestea sunt determinate mai ales de o lipsă de stăpânire a tacticii şi tehnicii operatorii, de o explorare insuficientă sau de o greşită apreciere a posibilităţilor de a realiza o asemenea intervenţie de anvergură.

- Vascularizaţia precară a capetelor colice, prin ligaturi pediculare necorespunzătoare sau variantele de distribuţie vasculară insuficient sesizate etc., poate impune extinderea exerezelor, cu preţul unor mobilizări excesive care pot, de asemenea, să înrăutăţească condiţiile circulatorii.
- Rezecţiile prea întinse implică dificultăţi în realizarea anastomozelor şi impun mobilizări riscante sau artificii periculoase.
- Hemoragiile intraoperatorii prin deraparea ligaturilor impun hemostaza chirurgicală corectă.
- Lezarea arcadei RIOLAN, a marilor vase, ruptura splinei prin tracţiuni brutale impun soluţii corespunzătoare.
- Lezarea ureterului poate surveni în cursul decolărilor, al ligaturilor sau peritonizării forţate ; accidentul nerecunoscut poate induce complicaţii severe : uroperitoneul postoperator sau fistulele urinare, de prognostic rezervat.

XII ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

(Vezi 19 - XII)

XIII COMPLICAŢII POSTOPERATORII

(Vezi 19 - XIII)

XIV SECHELE POSTOPERATORII

SECHELELE POSTOPERATORII sunt destul de rare ; după o perioadă relativ scurtă, de scaune mai moi, tranzitul se normalizează fără a se sesiza modificări particulare legate de absenţa unui segment întins de colon.

XV REZULTATE, PROGNOSTIC

- Mortalitatea postoperatorie se înscrie în jurul valorilor procentuale de 5.
- Recidiva locală poate surveni la un interval de peste doi ani şi obligă, de cele mai multe ori, la un anus defintiv, mai rar la o rezecţie iterativă.
- Recidivele în peritoneu depind de stadiul în care s-a operat şi de tratamentul plurifactorial efectuat postoperator.
- Supravieţuirea peste 5 ani este relativ frecventă, subliniind radicalitatea intervenţiei.

Prognosticul este mult ameliorat de tratamentul oncologic multifactorial complex şi permite bolnavului o reintegrare socială favorabilă.

21

COLECTOMIA SEGMENTARĂ

I DEFINIŢIE

COLECTOMIA SEGMENTARĂ este intervenţia chirurgicală care are drept scop extirparea unui segment al unei porţiuni mobile a colonului, respectiv colonul transvers şi colonul sigmoidian.

- În practică se pot realiza colectomii segmentare şi pe porţiunile fixe dar mobilizate ale colonului.

II ANATOMIE CHIRURGICALĂ

(Vezi 19 - II şi 20 - II)

III OBIECTIVE şi PRINCIPII

(Vezi 19 - III şi 20 - III)

IV INDICAŢII şi CONTRAINDICAŢII

INDICAŢIILE colectomiilor segmentare sunt mai numeroase decât ale colectomiilor sectoriale şi consemnează :

- Traumatismele colonului, în condiţiile în care alte operaţii, mai limitate, de gen sutură sau excizie sutură, sunt nesigure sau nu pot fi realizate.
- Leziunile inflamatorii de tip sigmoidite, diverticulite, colite ulcero-hemoragice limitate.
- Volvulările cu necroză sau iminenţă de necroză.

- Necrozele acute ale colonului, de origine vasculară sau mecanică.
- Tumorile :
  = benigne, în situaţiile în care alte tehnici limitate nu permit rezolvarea lor în bune condiţii şi
  = maligne, în indicaţii cu caracter paliativ.
- Indicaţiile pot fi şi extracolice, în cadrul unui complex chirurgical : cancer gastric penetrant în colon sau mezocolon, cancer ovarian cu invadarea colonului sigmoidian etc.
- Diversele plastii (esofag, vezică, vagin etc) pot solicita colonul transvers sau sigmoidian. În aceste cazuri, colectomia semnifică sustragerea segmentului respectiv din circuitul digestiv, cu păstrarea legăturilor vasculare şi nervoase sau, graţie microchirurgiei şi anastomozelor vasculare directe, cu detaşarea completă a segmentului de colon.

CONTRAINDICAŢIILE sunt rare, reprezentate de situaţiile în care sunt necesare intervenţii de amploare sau, dimpotrivă, operaţii cu caracter paliativ : derivaţii interne sau anus.

V PREGĂTIRE PREOPERATORIE

(Vezi 19 - V)

VI ANESTEZIE

ANESTEZIA GENERALĂ cu I.O.T. convine marii majorităţi a bolnavilor.

În anumite situaţii, nici **ANESTEZIA DE CONDUCERE** nu poate fi refuzată, mai ales dacă este realizată în prezenţa medicului anestezist-reanimator.

VII INSTRUMENTAR

(Vezi 19 - VII)

VIII DISPOZITIV OPERATOR

(Vezi 19 - VIII)

IX TEHNICĂ

Colectomie segmentară transversă / sigmoidiană, cu restabilirea imediată

a continuităţii (REYBARD) pentru tumori benigne.

A. CALEA DE ACCES pentru colectomia segmentară trebuie să fie largă, chiar dacă este vorba de o intervenţie cu caracter mai limitat, întrucât un acces confortabil permite o bună explorare care va conduce la precizarea indicaţiei respective. În consecinţă :

1. Marea laparotomie xifo-ombilicală sau prelungită sub ombilic convine colectomiei transverse.

2. Marea laparotomie ombilico-pubiană sau prelungită suprapubian, este cel mai frecvent utilizată pentru colonul sigmoidian ;

B. EXPLORAREA trebuie să aibă în vedere zone cu mult mai întinse decât leziunea imediată, pentru a evita surprizele posibile : localizări multiple, imposibilitatea de izolare vasculară etc. Explorarea interesează în mod deosebit colonul şi rectul, intestinul subtire, grupele ganglionare, ficatul şi celelalte viscere, decizia colectomiei segmentare trebuind să urmeze după o trecere în revistă a tuturor modalităţilor de rezolvare a cazului.

C. PREGĂTIREA VASCULARĂ

1. **Colectomia segmentară transversă** presupune :

a. o bună exteriorizare a ansei colice şi recunoaşterea irigaţiei, cu cei 3 stâlpi vasculari ;

b. se secţionează artera colică medie a lui FRANTZ (atenţie la originea comună posibilă cu colica dreaptă superioară) şi apoi mezoul aferent zonei care va fi rezecată, de la marginea colică până la baza mezocolonului ;

c. decolarea coloepiploică sau secţiunea ligamentului gastro-colic, cât mai aproape de stomac, se face pe zona corespunzătoare colectomiei.

2. **Colectomia segmentară sigmoidiană** implică :

a. exteriorizarea buclei sigmoidiene, expunerea corectă şi în întregime a mezosigmoidului, evidenţierea vaselor şi dispoziţia lor ; în multe observaţii, mezoul sigmoidian este retractat, cele două versante colice fiind mai apropiate ; în cazurile de încărcare grăsoasă a mezoului, se poate secţiona una sau ambele foiţe peritoneale ;

b. secţiunea vasculară interesează, cel mai frecvent, artera sigmoidiană mijlocie, cu mult mai rar fiind necesară asocierea ligaturii sigmoidienelor superioară sau inferioară ; se continuă secţiunea mezosigmoidului până la nivelul colonului, urmând linia de rezecţie ;

c. se eliberează circumferenţial colonul, la nivelul liniilor de secţiune, de franjurile epiploice şi de grăsimea aderentă, pentru

pregătirea anastomozei.

D. SECŢIUNEA COLONULUI se face perpendicular pe axul organului, după aplicarea penselor de coprostază, de o parte şi alta a segmentului de rezecat, acesta se îndepărtează şi, după izolarea corespunzătoare a câmpului operator, capetele de anastomozat se apropie .

E. REFACEREA CONTINUITĂŢII colice se realizează prin anastomoză termino-terminală, cu două tranşe, posterioară şi anterioară sau cu două tranşe " anterioare " dacă este posibil, cu fire nerezorbabile subţiri, 9 sau 10, trecute " în 8 " **(Vezi 15 - X - E)** ; după îndepărtarea penselor de coprostază,

F. REFACEREA CONTINUITĂŢII MEZOURILOR prin sutură simplă sau prin înnodarea firelor de ligatură a vaselor de pe mezou, dacă au fost păstrate, încheie timpul colic.

G CONTROLUL, TOALETA, DRENAJUL peritoneal, şi

H. REFACEREA PERETELUI ABDOMINAL încheie intervenţia chirurgicală.

X VARIANTE TEHNICE

A. CALEA DE ACCES poate fi diferită : paramediană, transrectală sau atipică .

B. După **ÎNTINDEREA COLECTOMIEI** putem vorbi de :

- Transversectomie, care presupune exereza întregului colon transvers, cu ligatura colicii mijlocii, a arcadelor marginale ale unghiurilor şi cu mobilizarea acestora ; în caz de necesitate unghiul colic stâng se poate trece printr-o breşă mezenterică, în spaţiul mezenterico-colic drept.
- Colectomia intermediară este o colectomie mai lărgită decât precedenta, interesând în plus şi colonul descendent, ceea ce face ca anastomoza să se realizeze între colonul ascendent (mobilizat şi trecut printr-o breşă mezenterică) şi colonul sigmoidian ; convine cel mai adesea unor cancere de unghi splenic.
- Colectomia segmentară lărgită poate interesa, pentru colonul sigmoid, şi rezecţia joncţiunii sigmoido-rectale, ceea ce presupune o anastomoză mai joasă, cu coborîrea colonului descendent şi a unghiului splenic.
- Exteriorizarea capătului colic proximal la perete, într-un anus artificial, cu abandonarea capătului distal în abdomen (à la HARTMANN), poate conveni unor situaţii deosebite.

C. ANASTOMOZELE COLICE pot fi realizate în diverse moduri :

= termino-lateral, latero-terminal sau latero-lateral, mai puţin utilizate datorită posibilităţilor de colmatare a fundurilor de sac rezultate, care pot defuncţionaliza anastomozele ;
= într-un singur plan,
= cu anus de protecţie în amonte,
= cu sutură mecanică sau
= prin intubaţie pe segment devascularizat **(Vezi 19 - X - B - 3)** modalitate care ne-a dat satisfacţie absolută.

XI INCIDENTE şi ACCIDENTE INTRAOPERATORII

(Vezi 19 - XI)

XII ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

(Vezi 19 - XII)

XIII COMPLICAŢII POSTOPERATORII

(Vezi 19 - XIII)

XIV SECHELE POSTOPERATORII

(Vezi 19 - XIV)

XV REZULTATE, PROGNOSTIC

- Depind foarte mult de indicaţia de colectomie segmentară.
- Pentru afecţiunile necanceroase, rezultatele şi prognosticul sunt foarte bune.

Şi prognosticul şi rezultatele sunt rezervate pentru afecţiunle neoplazice, caracterul paliativ al intervenţiei fiind suplinit, în măsura posibilităţilor, de tratamentul multifactorial complex.

22

REZECŢIA DE RECT

I DEFINIŢIE

REZECŢIA DE RECT este intervenţia chirurgicală care vizează exereza segmentului rectal al tubului digestiv, cu păstrarea aparatului sfincterian.

II ANATOMIE CHIRURGICALĂ

A. RECTUL, ultima porţiune a tubului digestiv,

- Continuă colonul ilio-pelvin şi
- Se întinde între
  - = vertebra III-a sacrată şi
  - = linia ano-cutanată.
- Are o lungime de 15 - 20 cm (lungimea reală este mai mare decât cea indicată de rectoscop, din cauza curburilor pe care organul le prezintă), şi
- Un calibru variabil, de 2- 3 cm până la 4 -7 cm, după starea de vacuitate sau de plenitudine.
- Rectul descrie mai multe curburi :
  - = în plan frontal, una spre stânga, una către dreapta, după care devine median, şi
  - = o alta urmând concavitatea sacro-coccigiană (porţiunea ampulară), pentru ca
  - = segmentul perineal să se îndrepte posterior, formând cu cel ampular, un unghi cu deschidere posterioară.

◆ Rectul are trei porţiuni distincte :

a. **RECTUL PERITONEAL** sau **JONCŢIUNEA SIGMOIDO-RECTALĂ :**

= are o lungime de 3 - 6 cm, începând de la nivelul vertebrei S_3,

= cu un calibru mai redus, ceea ce explică ocluziile care pot surveni la acest nivel, ca şi perforaţiile prin manevre endoscopice ;

= la nivelul acestei porţiuni, elementul tubular pierde :
- mobilitatea,
- bandeletele,
- franjurile epiploice şi

= este acoperit de peritoneu pe faţa anterioară şi pe feţele laterale, în timp ce

= faţa posterioară rămâne extraperitoneală, în acest punct aflându-se începutul mezo-rectului, al hilului rectal, care adăposteşte FURCA HEMOROIDALĂ A LUI MONDOR, bifurcaţia arterei hemoroidale superioare, ramul terminal al mezentericii inferioare ;

= rectul peritoneal are rapoarte cu :
- vezica, la bărbat,
- genitalele interne, la femeie,
- şanţurile latero-rectale şi
- cu ureterele.

b. **RECTUL PELVIN, AMPULA RECTALĂ** sau **RECTUL SUBPERITONEAL** este porţiunea cea mai importantă a rectului :

= se întinde de la vertebra S_3 până la joncţiunea recto-anală,

= pe distanţă de 12 - 15 cm,

= la un calibru de 2 -7 cm ;

= în porţiunea superioară, peritoneul acoperă ampula rectală, cu excepţia feţei posterioare, care rămâne extraperitoneală, continuând mezorectul ;

= în porţiunea mijlocie, peritoneul acoperă numai faţa anterioară, realizând fundul de sac al lui DOUGLAS ;

= în segmentul inferior, rectul rămâne subperitoneal, fiind înconjurat de TEACA FIBROASĂ A RECTULUI expansiune a fasciei viscerale pelvine inserată pe :
- reflexia peritoneului (superior),
- pe aponevroza ridicătorilor anali, cu atât mai groasă cu cât coborîm, de importanţă esenţială pentru chirurgia rectală

întrucât, orice intervenţie limitată se petrece în interiorul acestei teci, în timp ce operaţiile lărgite, de sistem, evoluează în afara tecii, aproape de inserţiile pelvine ale ligamentelor rectale (inferior).

= Rapoartele ampulei rectale sunt reprezentate de :

– anterior :

* planul vezical, veziculele seminale, canalele deferente şi prostata, despărţite de rect de către FASCIA RECTO-VEZICALĂ sau APONEVROZA PROSTATO-PERINEALĂ A LUI DENONVILLIERS sau FASCIA LUI TYRELL, rezultată din fuziunea foiţei peritoneale a rectului cu fascia vezico-prostatică (la bărbat) ;
* uterul şi fundul de sac vaginal, prin intermediul SEPTULUI RECTO-VAGINAL, cheia decolării anterioare a rectului când acesta nu este invadat de procesul neoplazic (la femeie) ;

– posterior, prin intermediul tecii fibroase, ampula rectală vine în raport cu :

* vasele hemoroidale superioare,
* vasele presacrate,
* plexul hipogastric şi
* rădăcinile plexului sacrat, aflate într-un spaţiu clivabil, înaintea aponevrozei presacrate ;

– lateral :

* ureterul, aplicat pe peretele pelvin, cu direcţie descendentă către linia mediană, încrucişând superficial,
* ramurile anterioare ale hipogastricei care, împreună cu
* venele şi nervii rectului, formează pediculul rectal mijlociu sau ARIPIOARELE LATERALE ALE RECTULUI, mijloace importante de susţinere a rectului, întrucât se întind pe toată înălţimea segmentului pelvin.

Între rectul ampular şi rectul perineal,

JONCŢIUNEA RECTO-ANALĂ reprezintă :

= locul de trecere dintre rectul ampular şi cel perineal dar, mai ales,

= zona de interferenţă dintre sistemul nervos visceral şi cel somatic,

= dintre circulaţia portală şi circulaţia cavă,

= dintre limfaticele viscerale şi cele somatice ;
= această joncţiune este semnalată de COLOANELE LUI MORGAGNI, largi pliuri verticale, în număr de 8 - 10, cu o înălţime de 1 - 1,5 cm.

c. **RECTUL PERINEAL** sau **CANALUL ANAL**, inelul terminal al tubului digestiv,

= are o înălţime de cca 3 cm şi
= realizează cu zona ampulară a rectului, prin intermediul fasciculului pubo-rectal al ridicătorilor anali, un unghi cu deschidere posterioară, încât canalul anal devine o fantă transversală ;
= la acest nivel, mucoasa devine cuboidă, apoi pavimentoasă (cu caracter cutanat) ;
= coloanele MORGAGNI menajează între ele,
= sinusurile MORGAGNI, în care se adună mucusul, pentru ca la baza coloanelor şi sinusurilor să se afle
= PECTENUL, o linie dinţată, sub care se palpează
= linia albă intersfincteriană HILTON, care delimitează sfincterul intern de cel extern.
= **DISPOZITIVUL SFINCTERIAN** este alcătuit din 4 elemente :
  - **sfincterul anal intern**, realizat printr-o aglomerare a fibrelor musculare netede ale stratului circular al rectului, acoperă pe o lungime de cca 2,5 cm, cele două treimi proximale ale canalului anal ;
  - **sfincterul anal extern**, muşchi voluntar, acoperă cele două treimi distale ale canalului anal (deci în treimea mijlocie, cele două sfinctere se suprapun), fiind alcătuit din 3 porţiuni :
    * una profundă, inseparabilă de ridicătorul anal, inserată posterior,
    * una superficială, formată din două jumătăţi care înconjoară sfincterul intern, unindu-se anterior şi posterior şi
    * una subcutanată, circulară şi fără inserţie, care încercuieşte treimea distală a canalului anal, palpându-se distinct la nivelul liniei albe a lui HILTON.
  - **stratul longitudinal al rectului** se insinuează între sfincterul intern şi cel extern şi se termină la nivelul liniei albe HILTON ; de la nivelul acestei linii se desprind mai multe

fascicule musculare :

* unele laterale, în evantai, formează SEPTUL TRANSVERS, care separă spaţiul ischio-rectal într-un compartiment superficial şi unul profund ;
* unele descendente, care merg şi se inseră pe pielea perineală, realizând muşchiul ridicător al pielii anale, CORRUGATOR CUTIS ANI şi
* două prelungiri, SLIPS, care merg de o parte şi alta a liniei mediane, realizând muşchii recto-uretrali (ROUX).

– **muşchii ridicători anali**, dispuşi în evantai, formează partea principală a diafragmului pelvin, având trei porţiuni :

* fasciculul pubo-coccigian, inserat ca un evantai de la pubis la sacru şi coccis,
* fasciculul pubo-rectal, care pleacă de pe ramura descendentă a pubisului şi, unindu-se cu fascicolul de partea opusă, pe rafeul ano-coccigian, realizează chinga care închide canalul anal, şi
* fasciculul ilio-coccigian, cel mai lateral, se uneşte cu sfincterele anale, în porţiunea posterioară a canalului anal.

B. Dispoziţia diafragmelor musculare şi a organelor din regiune, împarte spaţiul pelvi-perineal în mai multe loji :

1. Spaţiul pelvi-rectal superior, situat între peritoneu, rect şi ridicătorii anali,
2. Spaţiul retro-rectal, aflat între rect şi concavitatea sacrată,
3. Spaţiul ischio-rectal, menajat între obturator, ridicătorul anal şi piele, împărţit de septul transvers într-un spaţiu superficial şi unul profund.
4. Spaţiul perianal, între septul transvers şi piele şi
5. Spaţiul retro-anal BRICK.

C. VASCULARIZAŢIA

ARTERELE sunt reprezentate de :

1. **Artera hemoroidală superioară**, ramul terminal al mezentericii inferioare, pe care o continuă la nivelul S_3, este principalul ram arterial al rectului şi se află situat între foiţele mezosigmoidului şi apoi ale mezorectului, unde se bifurcă, realizând FURCA LUI MONDOR, după care se răspândeşte pe feţele laterale ale rectului.
2. **Arterele hemoroidale mijlocii**, dreaptă şi stângă, iau naştere printr-un trunchi comun cu ruşinoasa internă şi prostatica (vaginala) şi împreună cu venele respective şi cu limfaticele, participă la formarea aripioarelor laterale ; ramurile hemoroidalelor mijlocii se

anastomozează larg cu ale hemoroidalelor superioare şi inferioare.

3. **Arterele hemoroidale inferioare**, dreaptă şi stângă, iau naştere din ruşinoasele interne, în canalul ALCOOK, traversează împreună cu venele partea posterioară a spaţiului ischio-rectal şi se împart în trei ramuri :

* pentru muşchiul obturator,
* pentru musculatura canalului anal şi
* pentru sfincter ; şi ele iau parte la formarea aripioarelor laterale.

4. **Artera sacrată mijlocie** ia naştere din peretele posterior al aortei, la 1 cm deasupra bifurcaţiei şi, străbătând faţa anterioară a sacrului, trimite ramuri mici la nivelul rectului.

V E N E L E realizează o reţea plexiformă care, la nivelul joncţiunii ano-rectale, face legătura între sistemul port şi sistemul cav, grupându-se în trei plexuri :

1. **Plexul superior**, originea mezentericii inferioare,
2. **Plexul mijlociu** care - în grosimea aripioarelor laterale - se varsă în venele iliace interne sau în ruşinoase şi
3. **Plexul hemoroidal inferior**, cel mai bogat, situat în spaţiul perianal MILLIGAN, în porţiunea subcutanată a sfincterului extern, traversează, prin trunchiuri mici, sfincterele şi spaţiul ischio-rectal, după care se varsă în venele ruşinoase interne.

L I M F A T I C E L E

Circulaţia limfatică a rectului este realizată de :

* reţeaua intraparietală, dispusă de-a lungul celor trei pediculi, cu continuitate absolută, şi de
* o reţea extraparietală, care se grupează în trei colectori :

1. **Un grup superior** care, prin colectori scurţi, mijlocii şi lungi, ajunge la nivelul a 4 staţii ganglionare :
   a. în peretele posterior al rectului (GEROTA),
   b. la bifurcaţia hemoroidalei superioare (MONDOR),
   c. la nivelul joncţiunii arterelor sigmoidiene cu hemoroidala superioară (hilul limfatic mezenteric BACON) şi
   d. staţia recto-sigmoido-colică, la originea colicii stângi.
2. **Grupul mijlociu sau lateral**, cuprinde toţi ganglionii din pelvis :
   a. staţia limfo-ganglionară posterioară, de lângă vasele sacrate mijlocii şi laterale,
   b. staţiile laterale din aripioarele laterale, de-a lungul arterelor hemorodiale mijlocii şi hipogastrice,

c. staţia anterioară, care urmează muşchiul recto-uretral şi septul recto-vaginal.

3. Pediculul limfatic inferior drenează în ganglionii inguinali sau, mai rar, traversând ridicătorii anali, se varsă în grupul hemoroidal mijlociu sau iliac.

D. COLONUL STÂNG

(Vezi 19 - II - B - 4 şi C, 20 - II)

III OBIECTIVE şi PRINCIPII

OBIECTIVELE PRINCIPALE ale intervenţiei sunt reprezentate de :

- Îndepărtarea rectului ampular,
- Conservarea aparatului sfincterian,
- Îndepărtarea unui segment colic suprajacent şi
- Ridicarea teritoriului peritoneo-celulo-limfo-ganglionar aferent.

PRINCIPIILE care concură la realizarea intervenţiei :

- Rezecţia de rect este perfect justificată din punct de vedere oncologic şi, în acelaşi timp, o intervenţie cu caracter fiziologic, întrucât conservă aparatul sfincterian.
- Prin situaţia profundă a organului în micul bazin, chirurgia rectului este dificilă şi ridică probleme de exereză atât în înălţime cât şi în lărgime.
- Rectul este un organ de septicitate maximă şi reclamă o bună pregătire preoperatorie.
- Intervenţiile pentru cancer evoluează în afara tecii fibroase a rectului şi deschide spaţii celulare pelvine care se apără greu de infecţii.
- Conservarea unei funcţii de contenţie şi de evacuare reclamă integritatea anatomică a canalului anal ; de aici criticile aduse jupuirii mucoasei anale care, dealtfel, nu corespunde nici unor obiective oncologice ; această jupuire rămâne rezervată cazurilor în care însăşi mucoasa este afectată de procesele neoplazice, de polipoza recto-anală sau de recto-colita ulcero-necrotică, cuprinzând şi canalul anal.
- Chirurgia rectală are un pronunţat caracter vascular şi, prin urmare, pentru evitarea riscului de sfacelare a segmentului colic care se coboară, ligatura pediculilor vasculari trebuie să fie :
  - = cât mai aproape de origine, în timpul abdominal şi
  - = cât mai aproape de secţiunea colică în timpul pelvin, pentru menajarea arcadei marginale.

- În alegerea bolnavilor pentru rezecţia de rect, chirurgul trebuie să ţină seama de câteva criterii de selectare a cazurilor :
  - = nivelul tumorii şi al secţiunii rectale : în acest sens, se admite că păstrarea a 4 cm de canal deasupra joncţiunii ano-rectale, este suficientă şi necesară pentru asigurarea unei funcţii perfecte ; în consecinţă, limita de secţiune trebuie să se afle situată la minimum 7 - 8 cm deasupra liniei ano-cutanate, ceea ce corespunde considerentelor funcţionale şi oncologice. Nu trebuie să uităm că disecţia rectului poate "ridica" nivelul tumorii faţă de linia ano-cutanată, cu 3 - 4 cm, ceea ce este un factor favorabil. De asemeni, se admite că utilizarea suturilor mecanice a mai coborît cu 2 -3 cm această limită ;
  - = sexul şi starea fizică a bolnavului pot contribui la selecţia cazurilor, cunoscând că pelvisul femenin oferă condiţii mai bune pentru evoluţia intervenţiei în timp ce obezitatea reprezintă un handicap pentru chirurg ;
  - = stadiul de dezvoltare a tumorii : din acest punct de vedere cancerele DUKES A şi B sunt cele mai indicate ; în sfârşit,
  - = prezenţa sau absenţa metastazelor depozit hepatice pot reprezenta elemente de alegere între o rezecţie de rect sau o altă intervenţie.
- Odată abdomenul deschis, cu toate intenţiile operatorului de a realiza o rezecţie de rect, există posiblitatea ca el să nu aibe condiţiile necesare pentru intervenţia propusă şi să fie obligat la o altă soluţie, amputaţie sau numai anus, eventualitate pentru care bolnavul va trebui să fie avertizat înainte de operaţie.

IV INDICAŢII şi CONTRAINDICAŢII

INDICAŢIILE rezecţiei de rect :

1. Cancerul rectal, ca indicaţie majoră, dar cu specificarea că ea convine doar cancerelor situate la minimum 8 cm deasupra liniei ano-cutanate.
2. Rectocolita ulcero-hemoragică şi
3. Polipoza recto-colică realizează indicaţii nuanţate, rezecţia de rect putând surveni ca ultimă resursă terapeutică pentru anumite forme severe, după ce alte intervenţii efectuate asupra bolnavului respectiv au fost ineficiente ; ele se conduc, totuşi, după alte principii decât cele oncologice.

CONTRAINDICAŢIILE :

- Contraindicaţiile generale ale oricăror intervenţii chirurgicale de amploare.
- Cancerele situate sub limita admisă, de 7 - 8 cm, pot reprezenta contrain- dicaţii relative, unii bolnavi acceptând să sacrifice principiul oncologic în faţa celui funcţional, indiferent de perioada de supravieţuire.
- Cancerele depăşite : extensia la organele vecine, metastazele peritoneale sau la distanţă.

V PREGĂTIRE PREOPERATORIE

(Vezi 19 - V)

VI ANESTEZIE

(Vezi 19 - VI)

VII INSTRUMENTAR

(Vezi 19 - VIII)

VIII DISPOZITIV OPERATOR

BOLNAVUL - în decubit dorsal comun şi TRENDELENBURG moderat, cu membrele superioare în abducţie, sprijinite pe suporturi pentru perfuzii şi aparatul de tensiune.

În momentul intrării în dispozitiv a celei de a doua echipe operatorii, membrele inferioare ale bolnavului vor fi flectate pe abdomen şi sprijinite pe suporţii mesei de operaţie.

ECHIPA OPERATORIE I :

1. Operatorul - la stânga bolnavului.
2. Ajutoarele - la dreapta bolnavului.

ECHIPA OPERATORIE II (va intra mai târziu în dispozitiv) :

1. Operatorul - pe scaun la perineul bolnavului.
2. Ajutorul - la dreapta operatorului.

IX TEHNICĂ

Rezecţie recto-colică pe cale mixtă, abdomino-intra-anală, cu anastomoză colo-anală prin intubaţie, fără sutură, în două echipe

A. CALEA DE ABORD - marea coeliotomie subombilicală, prelungită supraombilical.

B. EXPLORAREA are mai multe aspecte :

1. Explorarea locală are în vedere topografia tumorii, volumul, mobilitatea şi rapoartele cu organele vecine : vezică, genitale etc. De remarcat că fixitatea posterioară nu este întotdeauna un semn de inoperabilitate ; după secţiunea peritoneului posterior, degetul introdus între tumoră şi planul sacrat va putea distinge invadarea neoplazică semnând inoperabilitatea ; pentru femeie, extensia la genitalele interne, de asemenea, nu semnifică inoperabilitate, acestea putând fi cuprinse în planul de exereză.
2. Explorarea regională vizează extensia limfatică : trebuie să fim foarte atenţi întrucât, în absenţa biopsiei extemporanee, este foarte dificil de afirmat sau de negat adenopatia tumorală, ganglionii palpabili putând avea şi caracter inflamator ; în orice caz, fixă sau mobilă, adenopatia ne va face atenţi la extensia actului operator.
3. Explorarea generală se referă la eventualele metastaze, la existenţa unor cancere sincrone etc.

C. IZOLAREA ONCOLOGICA A TUMORII este mai dificil de realizat aici decât în alte segmente digestive ; se va avea în vedere ligatura precoce a vaselor, o mobilizare limitată a tumorii, ca şi lavajele cu citostatoce sau cu dextran ; pentru segmentul distal de tumoră, badijonajele cu tinctură de iod sunt recomandabile şi realizabile pe cale anală, atât preoperator cât şi intraoperator.

D. REZECŢIA RECTO-COLICA PROPRIU-ZISĂ :

1. Timpul abdominal :
   a. se optimizează câmpul operator, prin izolarea anselor subţiri într-un sac de pânză moale sau comprese mari şi plasarea lor în zonele superioare ale abdomenului ; nu subscriem la exteriorizarea lor ;
   b. ligatura pediculilor vasculari :
      = se secţionează peritoneul parietal posterior în " L " răsturnat, începând de la nivelul bazei mezocolonului transvers, la stânga duodenului IV ;
      = se continuă secţiunea peritoneală la dreapta venei cave inferioare şi se coboară de-a lungul ei şi a ureterului drept, până la încrucişarea cu vasele iliace drepte ; incizia se face cu bisturiul rece sau cu termocauterul ;
      = se izolează-ligaturează-secţionează vena mezenterică inferioară

la rasul splenicei, pe flancul stâng al unghiului duodeno-jejunal, sub marginea pancreasului, ferind artera colica stângă, cu care formează arcul vascular al lui TREITZ ;

= se izolează-ligaturează-secţionează artera mezenterică inferioară, fie la rasul aortei (la marginea inferioară a duodenului III şi la 5 cm deasupra bifurcaţiei), fie după ce ea a emis artera colică stângă superioară sau trunchiul arterelor sigmoidiene ; secţiunea vasculară se va face după ce a fost bine identificată dispoziţia vasculară a colonului, a arcadei RIOLAN şi a arcadei marginale a colonului ;

c. se continuă decolarea peritoneală şi colo-parietală, evoluând de sus în jos şi de la dreapta spre stânga, realizând curajul celulo-limfo-ganglionar aortico-cav ;

d. se eliberează unghiul splenic, se secţionează epiploonul aferent şi ligamentul gastro-colic corespunzător, se secţionează mezocolonul transvers ca ultim termen, vasele genitale stângi şi ureterul de aceeaşi parte rămânând descoperite.

2. Timpul pelvin :

a. se continuă secţiunea peritoneului de la nivelul promontoriului, pe marginea dreaptă a rectului, apoi pe marginea stângă a sigmoidului, a mezoului său şi a mezorectului, în aşa fel încât cele două linii de incizie să se unească deasupra fundului de sac DOUGLAS, pe faţa posterioară a vezicii (la bărbat) sau a fundului de sac vaginal (la femeie) ;

b. se rezecă lama celulo-limfo-ganglionară presacrată ;

c. se mobilizează rectul ("abdominalizarea rectului"), prin dezlipirea feţei sale posterioare, aproape de fascia pelvină, departe de teaca rectului, în spaţiul de clivaj recto-sacrat, cu ajutorul mâinii drepte introduse în acest spaţiu, până la nivelul chingii ridicătorilor anali ;

d. moblizarea laterală a rectului se realizează prin secţiunea aripioarelor laterale, încărcate pe deget şi secţionate departe de teaca rectului, aproape de peretele pelvin ;

e. anterior, organul se eliberează de vezica urinară, de veziculele seminale şi canalele deferente, până la nivelul spaţiului recto-prostatic (la bărbat) sau de organele genitale, pătrunzând în septul recto-vaginal (la femeie) ;

f. urmează secţionarea ligamentului recto-sacrat (sau utero-sacrat), evitând ganglionul pelvin FRANCKENHAUSER, prin secţionarea ligamentului respectiv la distanţă de peretele sacrat ;

g. se verifică lungimea ansei colice mobilizate : dacă este suficientă,

aceasta ajunge până la nivelul simfizei pubiene ; altfel este necesară o mobilizare colică suplimentară ;

h. timpul abdomino-pelvin se termină prin drenajul lombar şi pelvin ; peritonizarea nu se realizează, dealtfel fiind imposibilă.

3. Timpul intra-anal (ECHIPA II) :

a. dilataţia anală blândă şi progresivă este obligatorie ;

b. dezinfecţia antimicrobiană şi anticanceroasă se realizează prin lavaj direct cu cloramină, citostatice sau dextran ;

c. se repereză mucoasa ano-rectală prin aplicarea a 4 pense KOCHER, plasate în cele 4 puncte cardinale, la cca 4 -5 cm deasupra liniei ano-cutanate ;

d. vis-à-vis de pensele respective şi proximal, se aplică alte 4 pense şi între cele două rânduri de pense se secţionează mucoasa şi submucoasa rectală, oblic în sus ;

e. se introduce un deget în canalul rectal şi, folosindu-ne de acesta ca suport şi reper, ajutaţi şi de echipa din abdomen, se secţionează peretele rectal şi ridicătorul anal, în aşa fel încât, rectul este complet detaşat iar ansa colică poate fi coborîtă prin canalul anal ;

f. exteriorizarea ansei colice se face foarte blând, cu maximum de atenţie pentru a nu afecta arcada marginală sau să producem torsiunea ansei, mezoul trebuind să se menţină în permanenţă posterior ;

g. chirurgul de la perineul bolnavului va avea grijă să controleze poziţia mucoasei rectale şi dacă aceasta a fost uşor entropionată de manevra de coborîre a ansei colice, s-o împingă uşor în sus, pe lângă ansa exteriorizată ;

h. se secţionează ansa mobilizată şi mezoul său în exces, la cca 6 - 8 cm de orificiul anal, cu hemostază pe tranşă ;

i. capătul ansei se fixează cu mai multe fire nerezorbabile, la pielea anală, pentru a evita ascensionarea ansei.

E. DRENAJUL CAVITĂŢII ABDOMINALE se realizează cu tuburi exteriorizate suprapubian dar şi prin spaţiile ischio-rectale iar

F. REFACEREA PERETELUI ABDOMINAL încheie intervenţia chirurgicală în mod obişnuit.

G. RETUŞUL ANSEI COLICE COBORÎTE se va face după cca 21 de zile sau chiar mai târziu, în raport cu sudura colo-rectală, verificată periodic.

X VARIANTE TEHNICE

A. Intervenţia poate evolua cu o singură echipă care, după termi-

narea timpului abdomino-pelvin, va trece în perineu. Este vorba de preferinţe dar operaţia în două echipe este mai avantajoasă iar durata intervenţiei poate fi scurtată substanţial.

B. CALEA DE ABORD - poate fi diferită : xifo-pubiană sau mediana subombilicală, cu branşare supraombilicală, oblică spre rebordul costal stâng, etc.

C. REZECŢIA PROPRIUZISĂ :

1. Decolarea colonului poate începe de la stânga la dreapta, cu secţiunea primară a peritoneului colo-parietal şi cu ligatura secundară a vaselor ; corespunde mai puţin principiilor oncologice.
2. Întinderea exerezei poate fi :

a. limitată la colonul sigmoidian, fără mobilizarea colonului descendent şi a unghiului splenic, situaţie în care ligatura vasculară nu se va mai face la emergenţa mezentericii ci la nivelul trunchiului sigmoidienelor ;

b. dimpotrivă, sacrificiul colic poate fi mai mare, interesând şi colonul transvers ;

c. recto-colectomia lărgită implică exereza altor organe afectate de procesul neoplazic : vezică, genitale, rinichi, metastaze hepatice etc.;

3. Restabilirea continuităţii colorectale prilejuieşte numeroase variante :

a. rezecţia recto-sigmoidiană pe cale exclusiv abdominală DIXON (rezecţia anterioară) presupune restabilirea continuităţii prin anastomoză colo-rectală termino-terminală, într-un plan sau în două ; în cadrul acestei modalităţi tehnice trebuie amintite rezecţiile anterioare joase şi înalte, în raport cu localizarea procesului neoplazic, cu elemente tehnice net diferenţiate în raport cu nivelul secţiunii rectale şi, respectiv, al anastomozei ;

b. rezecţia recto-sigmoidiană pe cale abdomino-endoanală cu anastomoză colo-rectală prin contact şi sutură TOUPET, constă din realizarea unei anastomoze pe rectul exteriorizat cu ajutorul unei bujii speciale introduse în canalul ano-rectal ;

c. recto-colectomia pe cale abdomino-transanală cu exereza totală a rectului ampular şi jupuirea mucoasei anale (BABCOCK-BACON), indicată în cancerele jos situate ;

d. rezecţia recto-colică cu coborîrea retro-rectală şi trans-anală a colonului (DUHAMEL) : se decolează mucoasa anală posterior, apoi se secţionează peretele posterior al rectului, prin care se coboară ansa colică ; ansa se secţionează şi marginea posterioară se suturează la buza posterioară a liniei de incizie anală ; pentru

marginea anterioară, sutura se realizează între două pense solide care prind canalul rectal şi colic şi realizează o anastomoză prin necroză şi sudură, perfectibilă în 7 -8 zile ;

e. rezecţia recto-sigmoidiană pe cale abdomino-sacrată cu anastomoză colo-anală fără sutură (KRASKE-HOCHENEGG I şi HOCHENEGG II) etc.

f. sutura mecanică colo-rectală are multiple avantaje, poate coborî limita de rezecţie rectală, simplifică mult restabilirea continuităţii digestive şi scurtează timpul operator.

☞ **În practica noastră, acordăm preferinţă tehnicii de anastomoză colo-rectală prin intubaţie pe segment devascularizat, tehnica noastră, care ne-a oferit satisfacţie deplină. După secţionarea rectului, capătul proximal al ansei colice coborîte, care va participa la anastomoză, se devascularizează prin îndepărtarea mezoului pe distanţă de 8 -10 cm ; acest segment se intubează în canalul rectal şi se realizează doar o sutură simplă de fixare a ansei intubate ; după un număr oarecare de zile, suficient pentru a asigura etanşeitatea anastomozei şi sutura colorectală, în deplină siguranţă, segmentul devascularizat se elimină fără incidente.**

D. Alte variante se referă la anastomozele colo-rectale latero-terminale, într-o echipă sau două, într-un timp sau în două, cu anusuri de protecţie etc.

XI INCIDENTE şi ACCIDENTE INTRAOPERATORII

Chirurgia rectului este o chirurgie delicată, dificilă şi aparţine chirurgilor formaţi ; accidentele intraoperatorii sunt posibile în fiecare din timpii intervenţiei, datorită profunzimii organului, rapoartelor delicate cu o multitudine de formaţiuni anatomice importante etc. Dintre incidentele şi accidentele posibile citãm :

- ◆ o incorectă apreciere a posibilităţilor de a realiza rezecţia rectală, când - de fapt - cazul aparţine unei amputaţii sau chiar unui anus iliac ;
- ◆ lipsa de viabilitate a ansei mobilizate în vederea coborîrii, datorită
  - = lezării arcadei RIOLAN, mai ales la bolnavii cu mezouri scurte şi infiltrate grăsos ;
  - = ligaturii arterei mezenterice inferioare deasupra emergenţei

colicii stângi, când aceasta este singura care asigură continuitatea dintre arcada RIOLAN şi arcadele sigmoidiene ;
= deperitonizării arcadelor vasculare paracolice ;
= răsucirii pediculilor vasculari,
= stării de şoc - colaps intraoperator,
= colopatiei ischemice preexistente,
= aterosclerozei vaselor colice etc .

- lezarea ureterului se produce, mai ales, pe stânga, din cauza devierilor imprimate de procesele patologice, în timpul manevrelor de decolare, în timpul ligaturii aripioarelor laterale sau peritonizării cu orice preţ ;
- lezarea vezicii la bărbat poate surveni la decolarea recto-vezicală ;
- hemoragia intraoperatorie poate avea ca origine deraparea ligaturilor de pe trunchiurile vasculare, prin leziunea arterei sacrate mijlocii, a plexurilor presacrate ca şi prin tulburările de coagulare etc.

XII ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

ÎNGRIJRILE POSTOPERATORII trebuie să înceapă imediat după ieşirea din sala de operaţii şi să continue, în colaborare cu echipa de ATI, tratamentul per- şi preoperator :

- tratamentul de reechilibrare volemică are valoare majoră întrucât previne hipotensiunile generatoare de infarcte şi de ischemie a colonului coborît, prin tulburări vasculare importante ;
- compensarea pierderilor sanguine,
- asigurarea unei diureze bune şi
- tratamentul antibiotic sunt de indicaţie absolută ;
- sonda de descărcare gastrică este necesară ;
- mobilizarea precoce, gimnastica respiratorie şi oxigenoterapia vor fi continuate multe zile postoperator ;
- reluarea unei alimentaţii precoce şi progresive este de valoare majoră pentru o evoluţie postoperatorie favorabilă ;
- o atenţie deosebită trebuie acordată tulburărilor de coagulare, mai ales la bolnavii obezi şi varicoşi ; controlul zilnic al moletului trebuie să fie un gest rutinier ; la cele mai mici semne de tromboflebită, tratamentul anticoagulant trebuie instituit dacă el nu figurează printre măsurile profilactice ;
- tulburările urinare pot surveni destul de frecvent şi trebuie prevenite

sau tratate corespunzător ;

- pansamentele se vor urmări şi schimba zilnic iar tuburile de dren se vor permeabiliza şi mobiliza precoce, surprinzând fenomenele supurative care pot surveni ;
- din lumenul colo-anal se vor evacua secreţiile care se adună şi care, stagnante, pot defuncţionaliza peristaltica intestinală ;
- o grijă particulară trebuie avută în urmărirea ansei colice coborîte, prin tuşeu rectal sau prin vizualizare directă.

XIII COMPLICAŢII POSTOPERATORII

COMPLICAŢIILE POSTOPERATORII au o incidenţă de 10 -12 % şi pot fi variate ca aspecte şi gravitate, în funcţie de tehnica sau de procedeul de anastomoză aplicate. Astfel :

1. **Dezunirea** este - de departe - complicaţia cea mai gravă şi recunoaşte unele cauze favorizante :
   a. generale : vârstă avansată, tare organice, stări de denutriţie, anemie şi hipoproteinemie etc.
   b. locale :
      = lipsa unei preparări colice corespunzătoare,
      = prezenţa unor tumori voluminoase, infectate, aderente, obstructive ;
      = nivel jos al anastomozei ; bont precar vascularizat, anastomoză dificilă, cavitate retro-rectală mare, în care secreţiile şi sângele stagnează ;
      = mobilizare colică înaltă, cu tracţiune pe mezouri ;
      = anastomoză nerealizată tehnic corespunzător ;
      = de remarcat că dezunirea poate surveni chiar când factorii incriminaţi nu au intrat în acţiune sau când am realizat un anus de protecţie ;

☞ **Recomandăm procedeul nostru, de anastomoză prin intubaţie pe segment devascularizat, procedeu deosebit de simplu, lipsit de inconveniente şi complicaţii şi care ne-a dat satisfacţie deplină.**

Tabloul clinic al dezunirilor poate îmbrăca aspecte diferite :

a. fistul astercorală trebuie suspectată ori de câte ori bolnavul prezintă febră, dureri pelvine, agitaţie, stare de diaree sau rectoragii ; ea devine evidentă între zilele 5 şi 10 postoperator, odată cu remiterea fenomenelor generale ; pierderile fecale se produc prin orificiile tuburilor de dren sau prin plaga parietală, după un episod

supurativ local ; tuşeul rectal, făcut cu mare atenţie, nu pune în evidenţă locul dehiscenţei dar aduce la exterior sânge şi puroi ; de cele mai multe ori, fistula stercorală îşi reduce treptat debitul şi, sub tratament general şi local, se poate închide în una-două săptămâni, cu condiţia ca aceasta să fie limitată ;

b. peritonita localizată trădează un proces supurativ pelvin, profund, cu origine anastomotică : dureri abdominale, meteorism, împăstare în fosele illiace şi pelvis ; uneori colecţia piostercorală se poate drena prin colon sau prin peretele abdominal ;

c. peritonita generalizată are toate semnele unei perforaţii în peritoneul liber : durere brutală, hipertermie, contractură, semnele radiologice ale ocluziei paralitice, amplificarea pneumo-peritoneului postoperator ; frisoanele, starea generală foarte alterată, agitaţia, tulburările psihice de tip delir, starea de colaps periferic etc., semnează peritonita generalizată cu grava alterare a stării generale ; fără un tratament adecvat şi - mai ales - a unui drenaj eficient, insuficienţa hepato-renală nu întârzie să apară şi bolnavul este pierdut ; nu trebuie aşteptat prea mult şi ratat momentul optim pentru reintervenţie, când vom realiza : drenaj larg, toaletă peritoneală corectă şi, mai ales, un anus derivativ, fie deasupra anastomozei, fie prin exteriorizarea capătului colic anastomotic la perete.

2. **Şocul-colaps** poate urma unei intervenţii de amploare perticulară.

3. **Celulo-peritonita** şi **celulita pelvină ascendentă** sunt grave, greu de stăpânit şi de prognostic nefavorabil.

4. **Ocluzia mecano-inflamatorie** poate surveni şi reclamă un tratament adecvat.

5. **Sfacelarea ansei coborîte** implică o atenţie deosebită şi rezolvarea printr-un anus iliac.

6. **Ascensiunea ansei coborîte** poate rămâne fără urmări dacă este limitată dar devine gravă când ansa colică se reîntegrează în totalitate în abdomen.

7. **Complicaţiile urinare** şi **genitale** pot fi frecvente.

8. **Complicaţiile viscerale** : pulmonare, cardio-vasculare etc., pot surveni şi reclama intervenţie medicamentoasă promptă şi energică iar

9. **Complicaţiile generale** : boală trombo-embolică, stări septice, hemoragii difuze prin deficitele mecanismelor de coagulare etc., nu sunt rare

XIV SECHELE POSTOPERATORII

Rezecţia de rect este o intervenţie bine reglată şi, cu o tehnică îngrijită, sechelele sunt rare :

- Diareile postoperatorii aparţin mai ales perioadelor de adaptare funcţională.
- Stenozele anastomotice sunt relativ frecvente dar cu dilataţii periodice pot fi rezolvate eficient.
- Incontinenţa sfincteriană poate fi urmarea unei dilataţii necorespunzătoare a sfincterului anal dar poate fi pasageră.
- Recidivele neoplazice ţin mai mult de o indicaţie incorectă decât de actul chirurgical propriu-zis.

XV REZULTATE, PROGNOSTIC

- La o mortaliatte care variază între 2 şi 15 %, mult îmbunătăţită în ultimii ani, procentul de supravieţuiri peste 5 ani a crescut până la 60 % iar peste 10 ani, până la 45 %.
- Rata de supravieţuire depinde de numeroşi factori dintre care decisivi sunt precocitatea diagnosticului şi a tratamentului chirurgical şi oncologic multifactorial.
- Recidivele locale sunt cu atât mai frecvente cu cât cancerul este mai jos situat.
- Metastazele hepatice sau pulmonare sunt considerate de mulţi practicieni drept contemporane cu momentul intervenţiei dar nedepistate : "metastaze depozit ". În realitate, generalizarea explorărilor echografice face mai puţin probabilă această eventualitate.
- Rezulatatele funcţionale sunt favorabile, existând, şi la rezecatul de rect, un sindrom de adaptare care poate dura 6 - 8 luni ; funcţia de evacuare se normalizează în timp, colonul având o tendinţă netă la neoampulizare.

Tulburările urinare sau genitale (impotenţă sau absenţa ejaculării) sunt mai rare la rezecaţii de rect.

23

AMPUTAŢIA DE RECT

I DEFINIŢIE

AMPUTAŢIA DE RECT este intervenţia care vizează extirparea rectului în totalitate (inclusiv aparatul sfincterian), împreună cu segmentul colic supraiacent şi cu ţesutul celulo-limfo-ganglionar aferent.

II ANATOMIE CHIRURGICALĂ

(Vezi 22 - II şi 20 - II)

III OBIECTIVE şi PRINCIPII

OBIECTIVUL PRINCIPAL al intervenţiei este reprezentat de :

- Îndepărtarea segmentului rectal în totalitate,
- A aparatului sfincterian,
- A colonului sigmoid, împreună cu
- Ţesutul celulo-limfoganglionar ischio-rectal, perirectal şi aorto-mezenteric inferior, ceea ce satisface criteriul de radicalitate, atât în înălţime cât şi în profunzime, motiv pentru care amputaţia de rect a fost supranumită " regina" intervenţiilor pentru cancerul rectal, chiar dacă, din punct de vedere funcţional, suprimarea aparatului sfincterian, realizează un grad de mutilare, nu lipsit de implicaţii.

PRINCIPIILE care guvernează intervenţia :

- Amputaţia de rect sacrifică principiul funcţional, de confort, în favoarea celui oncologic, asigurând - în schimb - un plus de supravieţuire.

- Intervenţia are în vedere ridicarea " în bloc " a elementelor de exereză, evitând clivările şi fragmentările de ţesuturi.
- Datorită profunzimii, chirurgia de exereză a acestui organ este destul de dificilă şi, având în desfăşurarea sa un timp abdominal şi unul perineal, este recomandabilă cooperarea a două echipe chirurgicale distincte, care se completează în mod benefic.
- În raport cu rezecţia de rect, amputaţia conferă un grad mai mare de libertate, prin faptul că nu mai impune operatorului şi echipei sale, unele restricţii intraoperatorii sau o atenţie particulară legate de păstrarea aparatului sfincterian.
- Şi această intervenţie reclamă o bună pregătire colo-rectală, chiar dacă timpul septic poate fi minimalizat.

IV INDICAŢII şi CONTRAINDICAŢII

INDICAŢIILE amputaţiei de rect aparţin :

- Cancerului rectal situat la nivel ampular inferior, respectiv sub limita de 8 cm faţă de linia ano-cutanată, ca indicaţie aproape exclusivă. Discuţiile referitoare la această limită sunt încă actuale, considerându-se că ea mai poate fi coborîtă în favoarea rezecţiei, fie prin aplicarea unor procédee speciale, ca intubaţia sau sutura mecanică ori, pentru bolnavii care nu acceptă anusul artificial, sacrificând în mod deliberat, principiul oncologic în favoarea celui funcţional şi a unei supravieţuiri de mai scurtă durată dar în condiţii de confort. Trebuie totuşi subliniat că într-o bună majoritate a unor astfel de cazuri, avantajul nu este decât relativ şi de scurtă durată, recidivele locale fiind destul de frecvente şi obligând, în cele din urmă, la realizarea unui anus artificial.
- Alte afecţiuni, ca polipoza recto-colică , sau recto-colita-ulcero-hemoragică se încadrează mult mai rar în indicaţiile amputaţiei de rect, intervenţie disproporţionată faţă de afecţiunile respective dar care poate fi rezervată ca ultim termen al evoluţiei unor cazuri maligne prin durată, disconfort sau lipsă de răspuns terapeutic.

CONTRAINDICAŢIILE :

Amputaţia de rect îşi împarte indicaţiile atât cu rezecţia de rect cât şi cu anusul izolat. În consecinţă :

- Contraindicaţiile generale ale unei intervenţii chirurgicale de amploare nu sunt rare, cancerul de rect, deşi accesibil tuşeului

rectal, ajungând destul de tardiv în serviciile chirurgicale şi cu purtători marcaţi biologic.

- Cancerele extinse, voluminoase, cu metastaze de vecinătate sau la distanţă.
- Cancerele rectale perforate, supurate, cu fistule diverse, reclamă derivaţii externe pentru punerea în repaus a determinărilor secundare.
- Cancerele rectale înalt situate sunt contraindicate pentru amputaţie, constituind indicaţie pentru rezecţia rectală.
- Şi aici se poate vorbi de intervenţii seriate : pentru bolnavii aflaţi în stări biologice precare, poate fi realizat anusul iliac definitiv, terminal, conform principiilor cunoscute, cu abandonarea capătului sigmoidian în abdomen, urmând ca după redresarea bolnavului, să poată fi realizată amputaţia de rect în condiţii de confort chirurgical şi de risc redus pentru bolnav. Această manieră de a proceda poate fi realizată în două circumstanţe :
  - = fie în cadrul unei laparotomii cu caracter explorator, care va putea confirma sau infirma, după caz, oportunitatea unei amputaţii ulterioare,
  - = fie realizând numai anusul iliac stâng, urmând ca explorarea chirurgicală adevărată să fie amânată pentru un timp ulterior.

☞ **Credem că ambele atitudini pot fi justificate, întrucât ele sunt dictate de considerente obiective, avantajele-dezavantajele uneia sau alteia, imediate sau ulterioare, trebuind trecute în revistă, în conformitate cu realităţile şi cu datele bolnavului pe care-l avem de rezolvat.**

V PREGĂTIRE PREOPERATORIE

(Vezi 19 - V)

VI ANESTEZIE

(Vezi 22 - VI)

VII INSTRUMENTAR

(Vezi 22 - VII)

VIII DISPOZITIV OPERATOR

BOLNAVUL :

- în decubit dorsal comun,
- cu regiunea perineală în afară mesei de operaţie " rupte " ;
- cu membrele inferioare depărtate şi flectate pe abdomen într-un unghi de 90^0, şi sprijinite pe suporţii mesei de operaţie ;
- membrele superioare în abducţie pentru perfuzie şi aparat de tensiune, de asemeni sprijinite pe suporţi.

ECHIPA OPERATORIE I :

1. Operatorul - la stânga bolnavului.
2. Ajutorul 1 - în faţa chirurgului operator.
3. Ajutorul 2 - în faţa chirurgului operator.

ECHIPA OPERATORIE II :

- se află la perineul bolnavului şi poate intra în dispozitiv la un anumit moment al intervenţiei :

1. Operatorul - pe scaun, la perineul bolnavului.
2. Ajutorul - la dreapta operatorului.

IX TEHNICĂ

Amputaţie de rect, pentru tumoră ampulară joasă, pe cale mixtă, abdomino-perineală, cu anus iliac stâng, în două echipe.

A. CALEA DE ACCES - marea coeliotomie subombilicală, eventual prelungită şi deasupra ombilicului, conferă spaţiu şi lumină suficientă.

B. EXPLORAREA CORECTĂ are în vedere :

1. Explorarea locală, care se referă la topografia, volumul, mobilitatea tumorii şi rapoartele cu organele vecine.
2. Explorarea regională vizează extensia limfatică, corect evaluată.
3. Explorarea generală se referă la eventualele metastaze hepatice, peritoneale, la existenţa unor cancere sincrone ale colonului etc.

C. MOBILIZAREA şi SECŢIUNEA COLONULUI ILIO-PELVIN

1. Se mobilizează colonul ilio-pelvin şi se vizualizează dispoziţia elementelor vasculare ; menajând tulpina colică sau, după caz, sigmoidiana superioară, pentru a asigura vascularizaţia colonului proximal, se secţionează mezoul sigmoidian pe toată înălţimea sa.
2. Se practică două burse seroase la distanţă de cca 4 - 5 cm una de alta, colonul, protejat de două pense de coprostază, se secţionează între două pense solide şi fiecare capăt colic se înfundă în bursa care se strânge. În acest fel, timpul septic este redus la minimum posibil.
3. Capătul proximal se aduce la perete într-un anus iliac stâng, terminal şi definitiv **(Vezi 24 - IX)**.

4. Capătul distal va fi manevrat pentru a realiza

D. COLECTOMIA SIGMOIDIANĂ :

1. Se secţionează peritoneul de o parte şi de alta a rădăcinii principale sigmoidiene, ajungând cât mai jos în excavaţia pelvină.

2. Se perfectează ligatura ultimelor artere sigmoidiene sau chiar a trunchiului acestora, dacă ligatura nu s-a efectuat în timpul precedent.

E. DISECŢIA RECTULUI

1. Se continuă secţiunea peritoneală de o parte şi de alta a rectului, coborând lateral şi apoi anterior, unind liniile de disecţie dreaptă şi stângă, pe faţa posterioară a vezicii sau, respectiv, a fundului de sac vaginal.

2. Se secţionează lama celulo-limfoganglionară presacrată, mobilizând rectul prin dezlipirea feţei sale posterioare, aproape de fascia pelvină dar în afara tecii rectului, în spaţiul de clivaj recto-sacrat, până la nivelul chingii ridicătorilor anali.

3. Mobilizarea laterală a rectului se realizează prin secţiunea aripioarelor laterale încărcate pe deget şi secţionate aproape de peretele pelvin.

4. Anterior, rectul se eliberează de vezica urinară, de veziculele seminale şi de canalele deferente, până la spaţiul recto-prostatic (la bărbat) sau de organele genitale (la femeie), pătrunzând în septul recto-vaginal.

5. Se secţionează ligamentul recto-sacrat pentru a evita ganglionul FRANCKENHAUSER.

În acest moment ne aflăm la nivelul planşeului ridicătorilor anali şi intră în dispozitiv şi cea de a doua echipă operatorie.

F. TIMPUL PERINEAL :

1. Anusul se închide ermetic, cu un fir de nylon gros, trecut circular pe sub pielea anală.

2. Incizia perineală este eliptică, centrată de anus şi la cca 3 cm în afara lui, sau în formă de pahar cu picior, cu prelungirea inferioară spre coccis.

3. Se extirpă ţesutul celulo-grăsos din gropile ischio-rectale, în sus către ramurile ischio-pubiene, cu atenţie pentru a nu leza artera ruşionasă internă (în canalul ALCOOK) şi înapoi spre marginea muşchilor fesieri.

4. Mobilizarea laterală şi posterioară a rectului se face prin secţionarea muşchilor ridicători anali, respectiv a fasciculelor mijlocii şi posterioare (rafeul ano-coccigian).

5. Mobilizarea anterioară se realizează prin secţiunea rafeului

ano-bulbar şi, mai profund, a muşchiului recto-uretral.

6. Mobilizarea prerectală se realizează împingând înainte bulbul uretrei (reperată prin bujie sau BÉNIQUÉ) şi secţionând muşchiul recto-uretral GUTHRIE, ceea ce ne duce în spaţiul recto-prostatic care se clivează.

7. Se completează secţiunea porţiunilor inferioare ale aripioarelor latero-rectale.

☞ **Timpii realizaţi concomitent de către ambele echipe, sunt facilitaţi de controlul direct, digital şi vizual, în consens.**

8. Exteriorizarea piesei de amputaţie colorectală prin plaga perineală, este urmată de controlul hemostazei şi de continuarea activităţii separate :

ECHIPA ABDOMINALĂ va realiza :

1. Peritonizarea şi drenajul,
2. Perfectarea anusului iliac stâng (**Vezi 24 - IX**) şi
3. Refacerea peretelui abdominal.

ECHIPA PERINEALĂ continuă :

1. Plasarea unui sac MIKULICZ în suprafaţa largă de disecţie subperitoneală şi
2. Sutura parţială a plăgii perineale, în jurul sacului MIKULICZ.

X VARIANTE TEHNICE

- Operaţia într-o singură echipă este posibilă dar prelungeşte timpul de intervenţie, este cu mult mai laborioasă şi nu beneficiază de cooperarea celor două echipe care se pot completa.
- Amputaţia lărgită se referă la organele de vecinătate : a altor segmente colice, prostată, genitale interne la femeie, vezică urinară, pelvectomia posterioară etc., sau cu ridicarea unor grupe ganglionare aorto-mezenterice, a unor metastaze hepatice accesibile etc.
- Renunţarea la peritonizare poate intra în discuţie dar riscul unor ocluzii postoperatorii este destul de ridicat.

XI INCIDENTE şi ACCIDENTE INTRAOPERATORII

- Hemoragiile intraoperatorii sunt posibile, prin derapările unor ligaturi precare, prin secţionarea arterei sacrate mijlocii sau prin

procese de fibrinoliză locală.

- Lezarea organelor conexe : ureter (mai ales pe stânga), bulb uretral, vezică, etc., reclamă sesizarea intraoperatorie a acestora şi rezolvarea în consecinţă, altfel ele se vor trăda prin complicaţii postoperatorii severe.

XII ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

ÎNGRIJIRILE POSTOPERATORII trebuie să înceapă foarte curând după terminarea intervenţiei, aceasta fiind deosebit de şocantă.

- tratamentul de reechilibrare volemică are valoare majoră întrucât previne hipotensiunile generatoare de infarcte şi de ischemie a colonului coborît, prin tulburări vasculare importante ;
- compensarea pierderilor sanguine este de cea mai mare valoare ;
- asigurarea unei diureze bune şi
- tratamentul antibiotic sunt de indicaţie absolută.
- sonda de descărcare gastrică nu poate lipsi ;
- mobilizarea precoce, gimnastica respiratorie şi oxigenoterapia vor fi continuate multe zile postoperator ;
- reluarea unei alimentaţii treptat lărgite reprezintă un factor de mare interes pentru refacerea bolnavului, mai ales în condiţiile în care nu întotdeauna avem la dipoziţie soluţii corespunzătoare ;
- o atenţie deosebită trebuie acordată tulburărilor de coagulare, mai ales la bolnavii obezi şi varicoşi ; controlul zilnic al moletului trebuie să fie un obicei ; la cele mai mici semne de tromboflebită, tratamentul anticoagulant trebuie instituit, dacă el nu figurează printre măsurile profilactice deja instituite ;
- tulburările urinare pot surveni destul de frecvent şi trebuie prevenite sau tratate în mod corespunzător ;
- pansamentele se vor urmări şi schimba zilnic iar tuburile de dren permeabilizate şi mobilizate precoce, pentru a surprinde fenomenele supurative posibile ;
- meşele sau câmpul MIKULICZ vor fi îndepărtate după ce ele nu-şi mai justifică utilitatea.

XIII COMPLICAŢII POSTOPERATORII

Printre **COMPLICAŢIILE POSTOPERATORII** sunt menţionate :

- Starea de şoc se poate prelungi şi pune la încercare capacitatea reanimatorului dar şi viaţa bolnavului, ceea ce reclamă măsuri

foarte bine gândite şi susţinute.

- Celulo-peritonita sau celulita pelvină gravă şi ascendentă pot surveni în cazurile de tumori mari, infectate sau perforate, la bolnavii care nu au fost corect pregătiţi. Este o complicaţie de temut, care răspunde greu la tratamentul complex care trebuie iniţiat şi continuat. Drenajul perineal larg poate fi necesar şi urmărit cu atenţie.
- Parezele intestinale pot fi persistente şi supărătoare, generatoare de stări de şoc în continuare, mai ales la bolnavii denutriţi, hipoproteici, anemici.
- Ocluzia postoperatorie poate surveni destul de precoce, are un caracter mecano-inflamator, aparţine mai ales intestinului subţire şi cu un tratament corect şi tenace, poate ceda. Nici intervenţia pentru degajarea anselor intestinale nu poate fi ocolită în anumite cazuri care nu răspund la tratamentul medicamentos. Un anumit moment optim pentru reintervenţie nu trebuie ratat.
- Complicaţiile de ordin general ca şi complicaţiile viscerale variate, pot surveni, sunt explicabile prin terenul neoplazic, de intervenţia care acţionează asupra unor zone importante, apropiate de marile trunchiuri vasculare, care lasă suprafeţe decolate mari şi vor trebui surprinse şi tratate corespunzător.

XIV SECHELE POSTOPERATORII

SECHELELE POSTOPERATORII sunt relativ rare.

- Se pot cita tulburările genitale prin leziunea nervului erector al lui ECKART, mai frecventă în cazul amputaţiei decât în al rezecţiei.
- Sechelele legate de anusul iliac aparţin acestuia (**Vezi 24 - XIV**)

XV REZULTATE, PROGNOSTIC

- Mortalitatea postoperatorie, mult ameliorată în ultimele decenii, se situează, totuşi între 6 -8 %.
- Prognosticul depinde foarte mult de momentul intervenţiei chirurgicale şi de datele bolnavului : vârstă, leziune, tare organice etc.

Supravieţuirea la 5 ani, se situează la valori de peste 60 -70 %, mult ameliorată astăzi de tratamentul complex multifactorial, iar supravieţuirea la peste 10 ani, atinge valori de 50 %.

24

ANUSUL ILIAC STÂNG

I DEFINIŢIE

ANUSUL ILIAC STÂNG este intervenţia chirurgicală prin care se realizează comunicarea directă, temporară sau definitivă, dintre colonul ilio-pelvin şi exterior, prin intermediul peretelui abdominal ; anusul iliac stâng este sinonim cu **COLOSTOMIA ILIACĂ sau SIGMOIDIANĂ, cu SIGMOIDO-STOMIA sau SIGMOIDO- PROCTIA.**

II ANATOMIE CHIRURGICALĂ

(Vezi 20 - II)

III OBIECTIVE şi PRINCIPII

OBIECTIVUL PRINCIPAL al intervenţiei esre reprezentat de derivarea completă şi totală a conţinutului intestinal (materii şi gaze) la exterior şi excluderea segmentului colo-rectal subjacent din circuitul digestiv.

PRINCIPIILE care trebuie respectate în realizarea unui anus iliac stâng sunt :

- Să derive efectiv, întregul conţinut intestinal la exterior.
- Să fie cât mai continent posibil, deziderat realizat prin trecerea ansei exteriorizate, printr-o breşă musculară activă ; artificiile diverse pentru realizarea unei contenţii adevărate sunt complicate şi îndepărtează intervenţia de la una din calităţile sale esenţiale : simplitatea.

- Anusul creeat trebuie să fie cât mai uşor " appareillabil ", adică să permită evacuarea conţinutului intestinal într-un recipient adaptat, comod de purtat, de aplicat şi schimbat.
- Să fie etanş din afară înăuntru, evitând contaminarea peritoneală.
- Să fie destul de apropiat de leziunea care l-a recomandat, pentru a nu menaja un fund de sac prea mare între anus şi leziune, mai ales dacă aceaasta este obstructivă.
- Cele două mari categorii de anus iliac : temporar şi definitiv, implică unele particularităţi. Astfel :
  = anusul temporar
    * trebuie să fie cât mai expeditiv, folosind tehnicile cele mai simple
    * va fi plasat suficient de departe de leziunea care l-a impus, pentru a nu împiedica acţiunile ulterioare asupra colonului ;
    * trebuie să fie uşor de suprimat.
  = anusul definitiv, realizat ca intervenţie de sine stătătoare pentru o leziune inextirpabilă, în cadrul unei operaţii HARTMANN sau ca termen final al unei amputaţii, reclamă o atenţie deosebită în realizarea lui, pentru a fi cât mai comod şi lipsit de neajunsuri ulterioare.

IV INDICAŢII ŞI CONTRAINDICAŢII

INDICAŢII : fiind vorba de o " stomie ", anusul iliac stâng se adresează leziunilor colonului terminal, ale rectului sau anusului, fie că acestea sunt de nedepăşit, fie că necesită punerea lor în repaos funcţional şi anatomic. În consecinţă :

1. Leziunile obstructive ale colonului sigmoidian, ale rectului şi anusului :
   a. cancere :
      = inextirpabile, în care anusul este singura soluţie,
      = extirpabile, în cadrul unor operaţii de tip HARTMANN sau amputaţie,
      = extirpabile dar care, din cauza stării generale a bolnavului, nu pot fi duse la bun sfârşit într-un singur timp şi reclamă un anus până la scoaterea bolnavului din starea inadecvată ;
   b. stenozele rectale sau ano-rectale :
      = inflamatorii,
      = posttraumatice,

= postradice,
= altele : limfogranulomatoză, sifilis etc.

2. Leziuni care necesită punerea în repaus a segmentului distal al tubului digestiv :
a. rectitele grave,
b. recto-colita ulcero-hemoragică,
c. fistulele recto-vaginale sau recto-vezicale,
d. plăgile rectale, suturi dezunite, fistule postoperatorii etc.,
e. intervenţii pe segmentele colo-rectale, în care anusul reprezintă un factor de protecţie " în amonte ".

CONTRAINDICAŢIILE sunt foarte rare şi nici stările cele mai grave nu contraindică anusul, ci dimpotrivă îl reclamă, pentru scoaterea bolnavului din impas (ocluzii, deficite biologice importante etc.) făcând parte tocmai dintre măsurile de reechilibrare.

V PREGĂTIRE PREOPERATORIE

(Vezi 19 - V)

VI ANESTEZIE

Anestezia poate avea în vedere toate modalităţile posibile, în raport cu indicaţia operatorie şi starea bolnavului. Astfel,

ANESTEZIA GENERALĂ cu I.O.T. este indicată pentru cazurile în care anusul iliac încheie o intervenţie complexă (HARTMANN, amputaţie de rect, cazuri dovedite inoperabile etc).

ANESTEZIA DE CONDUCERE, rahidiană (comună sau unilaterală) sau peridurală, poate conveni unor cazuri cu multiple deficite viscerale şi biologice, în care anusul iliac este o operaţie de sine stătătoare.

Nici **ANESTEZIA LOCALĂ** nu poate fi ignorată pentru cazurile deosebit de grave şi cu risc major pentru alt tip de anestezie. De la sine înţeles că în astfel de situaţii nu se poate avea în vedere decât o explorare cu caracter sumar, fără manevre deosebite.

Chirurgul va alege, împreună cu medicul anestezist reanimator, soluţiile cele mai convenabile pentru bolnav, în contextul general.

VII INSTRUMENTAR

COMUN - tava de instrumente pentru intervenţii mijlocii (pentru anusul izolat).

SPECIAL - pense de coprostază, baghetă de sticlă, metal sau plastic, aspirator etc.

VIII DISPOZITIV OPERATOR

BOLNAVUL - în decubit dorsal comun.

ECHIPA OPERATORIE :

1. Operatorul - la stânga bolnavului.
2. Ajutorul - în faţa operatorului.

IX TEHNICĂ

Anusul iliac stâng temporar, după procedeul MAYDL-RECLUS, " anusul pe baghetă "

A. CALEA DE ABORD :

- incizie în fosa iliacă stângă,
- lungă de 6-8 cm,
- oblică în jos şi înăuntru, situată la jumătatea liniei spino-ombilicale ;
- incizia interesează pielea şi aponevroza marelui oblic ;
- se disociază, în lungul fibrelor, micul oblic şi transversul ;
- se secţionează peritoneul care se reperează în pense.

B. EXPLORAREA are un caracter limitat, vizând leziunea colică. starea peritoneului etc.

C. EXTERIORIZAREA ANSEI sigmoidiene :

- recunoaştem sigmoidul după tenii şi franjurile epiploice ;
- rulăm colonul sigmoidian, până sesizăm zona dintre segmentul fix şi cel mobil ;
- ansa exteriorizată trebuie să aibe o lungime convenabilă, încât să avem acces asupra zonei de inserţie a mezoului pe colon.

D. TRECEREA BAGHETEI de sticlă se face razant cu colonul, într-o zonă avasculară, perpendicular pe axul organului, cu ajutorul unei pense KOCHER, care creează spaţiul necesar ; fixarea baghetei la perete, perpendicular pe linia de incizie, se face cu mai multe fire de nylon mai gros.

E. FIXAREA ANSEI LA PERETE se face în punctele cardinale, cu fire subţiri, mai întâi la peritoneu şi apoi trecute prin aponevroza marelui oblic şi piele ; este o fixare suplimentară la care se poate renunţa, bagheta de sticlă sau plastic împiedicând ansa colică să se reintegreze în abdomen.

F. STRÂMTORAREA BREŞEI parietale este facultativă, numai dacă aceasta este considerată prea largă, în raport cu calibrul ansei exteriorizate.

G. DESCHIDEREA ANUSULUI se face la 2 -3 zile sau după cel puţin 24 de ore ; numai în cazuri excepţionale se poate realiza o deschidere imediată, pe sondă PEZZER groasă dar, mai bine - în astfel de situaţii - să recurgem la alte modalităţi sau tehnici.

H. ÎNDEPĂRTAREA BAGHETEI se face după un număr de zile, când inutilitatea ei este dovedită.

X VARIANTE TEHNICE

A. ANUSUL TEMPORAR :

1. JANNEL înlocuieşte bagheta de sticlă cu un inel de cauciuc (interes istoric).
2. MOYNIHAN apropie, sub bucla exteriorizată, elementele parietale, cu ajutorul unor fire groase, pe care le fixează pe două tuburi de cauciuc, paralele cu ansa exteriorizată.
3. Se pot folosi baghete din plastic special concepute.
4. Secţiunea pielii poate implica ridicarea unei rondele cutanate care se adaptează mai bine segmentului colic.

B. ANUSUL DEFINITIV beneficiază de mai multe variante :

1. Anusul în " continuitate " :
   a. anusul cu pinten, după EDUARD QUENU, creează sub ansa colică, un pintene format din peretele abdominal suturat plan cu plan, în timp ce ansa aferentă şi eferentă se apropie cu ajutorul mai multor fire ; în acelaşi timp, se fixează şi intestinul la peritoneu ; după câteva zile, ansa se secţionează şi se realizează anusul în " ţeavă de puşcă " .
   b. anusul cu punte :
      = WITZEL suturează, sub ansa colică, plan cu plan, peretele abdominal .
      = AUDRY înlocuieşte puntea cicatricială printr-una cutanată, plasând sub ansa colică, un segment din pielea secţionată în "omega".
      = JEAN QUENU secţionează întestinul între două ecrazoare MARTEL, şi tratează cele două capete separat, despărţite de o punte de piele.
2. Anusul terminal se referă la exteriorizarea capătului colic proximal, în absenţa capătului distal (amputaţie de rect), după rezecţia unui

segment (HARTMANN) sau după simpla secţiune a colonului şi după ce capătul distal a fost înfundat şi abandonat în cavitatea peritoneală :

a. capătul colic, suturat şi înfundat se aduce la perete şi se suturează la peritoneu, cu 6 - 8 fire ;

b. aceleaşi fire se trec prin aponevroza marelui oblic şi, după înnodarea lor,

c. se trec şi prin piele, în aşa fel încât la sfârşitul intervenţiei, pielea să fie uşor ombilicată în jurul colonului exteriorizat ;

d. eventual, incizia cutanată, dacă este prea largă, se poate strâmtora cu unul sau mai multe fire.

C. ALTE VARIANTE :

1. Anusurile în diverse maniere, cu şicane, tunele, extraperitoneal etc., pentru realizarea unei continenţe sporite, complică intervenţia fără un beneficiu cert.

☞ **În experienţa noastră,**

= **pentru cazurile de urgenţă, preferăm :**

– **anusul pe baghetă, în maniera cea mai simplă, expeditivă şi mai uşor de realizat dar cu dezavantajul că nu poate fi deschis imediat, sau**

– **anusul terminal dar cu exteriorizarea unui segment colic mai lung, de 8 - 10 cm, chiar lipsit de vascularizaţie, care ne permite o deschidere imediată a anusului, chiar la sfârşitul intervenţiei, avantajos pentru cazurile de ocluzie intestinală şi distensie abdominală importantă ; ambele modalităţi pot fi duse la bun sfârşit sub orice tip de anestezie şi pot fi benefice pentru bolnavii într-o stare absolut precară ;**

= **pentru cazurile care încheie o interveţie complexă, alegerea modalităţii de realizare a anusului se va face în raport cu circumstanţele date,** fie că este vorba de un anus terminal fie de unul lateral, de protecţie.

XI INCIDENTE şi ACCIDENTE INTRAOPERATORII

- Lezarea vaselor sigmoidiene poate crea un hematom neplăcut care reclamă lărgirea căii de acces şi hemostaza corespunzătoare.
- Deschiderea intempestivă a colonului este un accident serios, mai ales pe un intestin plin, sub tensiune, prin poluarea peritoneală importantă pe care o poate antrena.

- Exteriorizarea unui segment digestiv inadecvat (intestin subţire foarte dilatat, colon transvers) realizează, totuşi, stomia de care aveam nevoie, dar poate fi necorespunzătoare cazului dat, în timp ce
- Exteriorizarea unui segment sigmoidian subtumoral sau chiar a capătului distal al buclei sigmoidiene, nu scoate bolnavul din starea de ocluzie şi este în măsură să ne creeze dificultăţi.

XII ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

ÎNGRIJIRILE POSTOPERATORII variază în raport cu indicaţia de realizare a anusului :

- Măsurile generale vor viza continuarea acţiunilor de restabilire a funcţiilor perturbate.
- Îngrijirile locale au o importanţă particulară :
  - = pansamentul vaselinat convine celor mai multe anse exteriorizate ;
  - = deschiderea ansei colice, dacă această nu s-a făcut la sfârşitul intervenţiei, va avea loc la 48 - 72 de ore ; ansa colică se află, de cele mai multe ori, sub tensiunea gazelor şi trebuie luate unele precauţii : secţiune iniţială punctiformă, pentru evacuarea gazelor, după care, ajutându-ne de aspirator, efectuăm lărgirea secţiunii colice şi evacuarea, după necesităţi, a colonului ; deschiderea colonului cu ajutorul termocauterului poate evita sângerările din peretele colic, altfel putem fi obligaţi la aplicarea unor ligaturi ţintite ;
  - = nu trebuie să ne aşteptăm ca anusul să funcţioneze bine chiar de la început : evacuarea trebuie provocată cu ajutorul unui laxativ, al unui purgativ uşor sau chiar cu o clismă atent efectuată, cu o sondă de gaze, în nici un caz cu canula metalică ;
  - = în unele situaţii, un deget cu mănuşă bine vaselinat poate calibra orificiul de evacuare ;
  - = retuşul propriu-zis al ansei va avea loc după reluarea corectă a tranzitului digestiv şi trebuie să lase în urmă o fosetă eliptică sau, atunci când ansa a fost lăsată mai în exces, acesta se poate prezenta la exterior ca un upercul proeminent, cu aspect mucos, roz, plăcut, centrat de orificiul stomal.
- Suprimarea anusurilor :

= pentru cele în " continuitate ", poate fi deosebit de simplă, prin manevre comune de reintegrare a ansei în peritoneu, cu refacerea peretelui lateral într-unul sau două planuri de sutură sau, dimpotrivă, să necesite o intervenţie corespunzătoare, cu restabilirea anatomiei locale, în ţesuturi sănătoase ;

= suprimarea anusurilor terminale reclamă intervenţii de mai mare amploare pentru restabilirea continuităţii digestive, eventual în mai mulţi timpi, anusul terminal existent folosit pentru protecţia noii suturi, urmând a fi suprimat ultimul.

XIII COMPLICAŢII POSTOPERATORII

COMPLICAŢIILE POSTOPERATORII pot fi de două feluri :

◆ Complicaţii inflamatorii :

= eritemul localizat, datorit acţiunii iritante a conţinutului intestinal : necesită o bună toaletă locală, cu spălări repetate şi pudraje care aduc ameliorarea după ce ţesuturile se obişnuiesc cu secreţiile exteriorizate ;

= flegmonul piostercoral reprezintă supuraţia locală datorită florei intestinale exacerbate şi firelor penetrante ;

= abcesele locale survin datorită unor spaţii închise care favorizează retenţiile şi supuraţia secundară ;

= peritonita, localizată sau generalizată, poate apare atunci când firele de ancorare a ansei la peritoneu au fost penetrante, după deschiderea accidentală a colonului sau prin lipsă de etanşare a anusului faţă de cavitatea peritoneală ; complicaţia este severă şi reclamă tratament în consecinţă sau chiar laparotomia de drenaj.

◆ Complicaţii mecanice :

= strâmtorarea şi retracţia colică survin mai frecvent la nivelul segmentului din aval de anus şi jenează manevrele de refacere a continuităţii digestive sau de suprimare a anusului ; capătul proximal al anusului se strâmtorează mai rar, el fiind permanent calibrat de trecerea conţinutului intestinal ; dacă totuşi, aceasta s-a produs, ea are mai mult un caracter mucos, superficial şi poate ceda la simpla dilataţie digitală sau instrumentală ; există şi stenoze sau strâmtorări adevărate, datorate mai ales, retracţiei tegumentare şi care pot necesita incizii de degajare ;

= prolapsul mucos este aproape constant dar nu devine jenant decât dacă este foarte important şi sediul unor eroziuni sau ulceraţii dureroase şi sângerânde ;

= prolapsul colic adevărat cunoaşte o cauză tehnică, fiind vorba de plasarea anusului la nivelul unui segment încă mobil sau din cauza unei fante parietale prea largi ; presiunea intraabdominală exercită presiuni asupra ansei exteriorizate care realizează prolapsul ; acesta poate interesa atât capătul proximal cât şi pe cel distal şi, datorită unei incongruenţe între fanta parietală şi conţinutul aglomerat aici, pot surveni unele complicaţii : strangulare, perforaţii sau ulceraţii, toate necesitând reintervenţii corectoare ;

= eventraţia poate surveni ca după orice operaţie pe abdomen ;

= hernia intraanală, perforarea pintenelui, ruptura mezenterului sunt complicaţii rare.

XI SECHELE POSTOPERATORII

SECHELELE POSTOPERATORII sunt rare ; adevăratele probleme care se ridică se referă la continenţa anusului şi la întreţinerea lui :

◆ Continenţa poate deveni, după un anumit timp, reală ; plasarea stomei într-o zonă musculară activă, alături de condiţionarea pe care bolnavii şi-o pot crea, contribuie la continenţa efectivă, unii dintre bolnavi evitând portul aparatului, graţie unei evacuări intestinale condiţionate, la ore fixe ; mai delicată este problema gazelor dar un anumit regim alimentar, utilizarea diverselor filtre şi pulberi absorbante de cărbune dau o soluţie convenabilă şi acestei probleme, cu atât mai mult cu cât diversele recipiente şi colectoare imaginate şi fabricate, devin din ce în ce mai comode şi mai eficiente.

XV REZULTATE, PROGNOSTIC

REZULTATELE şi PROGNOSTICUL intervenţiei pentru anusul iliac depind mai puţin de acesta şi mai ales de afecţiunea sau etiologia care l-au impus.

◆ În general anusurile sunt deosebit de favorabile unor bolnavi şi acestea rămân în arsenalul terapeutic în cadrul acelor măsuri minime cu efecte mari, un anus putând scoate şi bolnavul, şi chirurgul, din anumite situaţii grave sau delicate.

- Adaptarea bolnavului la condiţia sa de purtător al unei colostomii, infirmizantă teoretic, rămâne încă o problemă deschisă, în care posiblităţile sunt foarte diferite ; unii dintre bolnavi, suportă perfect această condiţie, se integrează în societate şi pot să-şi continue activităţile de dinainte de intervenţia invalidantă, contribuind prin propria lor activitate la infirmarea condiţiei de handicapat, participând la diferitele acţiuni ale asociaţiilor de " colostomizaţi ", în timp ce alţi bolnavi nu se pot adapta, rămânând " marcaţi " pentru totdeauna de această infirmitate, mai mult psihică decât fizică.
- Nu trebuie uitate eforturile unor societăţi sau firme de prestigiu, pentru care perfecţionarea aparaturii sau a colectoarelor directe, de aplicare facilă, de unică folosinţă şi de eficienţă deosebită, constituie o preocupare particulară, care poate infirma sau minimaliza un handicap delicat şi pentru bolnav şi pentru anturaj.

25

ANUSUL CECAL

I DEFINIŢIE

ANUSUL CECAL, TIFLOSTOMIA sau CECOSTOMIA, este **intervenţia chirurgicală** care realizează comunicarea dintre cec şi exterior, prin intermediul peretelui abdominal. Are mai mult semnificaţia unei stomii decât a unul anus artificial.

II ANATOMIE CHIRURGICALĂ

(Vezi 19 - II)

III OBIECTIVE şi PRINCIPII

OBIECTIVUL PRINCIPAL al intervenţiei este reprezentat de realizarea unei comunicări directe între cec şi exterior.

PRINCIPIILE :

- Spre deosebire de un anus artifical adevărat, prin faptul că cecul are o poziţie excentrică faţă de fluxul digestiv principal, cecostomia nu poate deriva în mod total conţinutul intestinal ci mai ales, gazele, motiv pentru care a fost denumită şi " ventil-fistulă ".
- Fiind plasată la capătul iniţial al colonului, cecostomia se apropie mai mult de ileostomie, căreia îi împrumută şi unele dintre indicaţii şi dezavantajele.
- Cecostomia trebuie să fie o intervenţie simplă, de execuţie facilă.
- Comunicarea cu exteriorul făcându-se prin intermediul unei sonde oarecare, odată cu îndepărtarea acesteia, orificiul de cecostomie

trebuie să se închidă spontan, fără altă intervenţie.

- Dată fiind acţiunea corozivă a conţinutului intestinal de la nivelul ileonului terminal şi cecului, trebuie luate unele măsuri speciale de evitare a contactului acestuia cu tegumentele sau de protecţie tegumentară.
- Cu tot caracterul său derivativ relativ, cecostomia poate fi de utilitate imediată pentru unele cazuri, dându-ne posibilitatea de a introduce, în lumenul colic, unele substanţe sau lichide în scopul evacuării acestuia.
- Cecostomia nu trebuie minimalizată ca gest chirurgical, întrucât presupune deschiderea lumenului colic, cu un conţinut de stază sau hiperseptic şi trebuie să se supună tuturor rigorilor chirurgicale.

IV INDICAŢII şi CONTRAINDICAŢII

INDICAŢIILE :

- În cadrul unor colectomii segmentare transverse sau stângi, cu caracter de protecţie a suturilor.
- În cazurile de mega-dolicolon în care nu putem interveni din cauza stării precare a bolnavului, în vederea unei decomprimări lente a tubului digestiv.
- În ocluziile de origine colică, în care intervenţia chirurgicală este total contraindicată, cecostomia poate fi încercată.
- În cazul unor pareze intestinale, foarte jenante şi şocante pentru bolnav, rebele la toate măsurile noastre, cecostomia poate ameliora starea generală şi abdominală, mai ales la copii.
- Distensia cecului ne poate confirma indicaţia şi ne poate arăta ce putem aştepta de la această intervenţie.

CONTRAINDICAŢIILE sunt rare, fiind vorba de o intervenţie minoră, posibilă chiar în condiţii deosebit de precare ale bolnavului ; în acelaşi timp, nu trebuie să atribuim acestei intervenţii, virtuţi pe care nu le are şi să rămânem inactivi, în speranţa rezolvării unei ocluzii doar pe această cale.

V PREGĂTIRE PREOPERATORIE

- Anusul cecal, intervenţie de completare, gest chirurgical complimentar, reclamă o pregătire preoperatorie care se confundă cu aceea a afecţiunii care o impune : aspiraţie gastrică şi intestinală, tratament de reechilibrare complexă, ca şi al deficitelor biologice şi

viscerale pe care bolnavul de prezintă.

VI ANESTEZIE

Ca intervenţie de completare, cecostomia va beneficia de anestezia pentru operaţia principală.

Pentru alte situaţii, cecostomia se poate realiză, în bune condiţii, sub orice tip de anestezie, inclusiv sub **ANESTEZIE LOCALĂ**.

VII INSTRUMENTAR

COMUN - trusa sau tava pentru intervenţii mici ;

SPECIAL - depărtătoare FARABEUF sau valve înguste şi mai lungi, pensă de coprostază, aspirator, sonde diverse de tip PEZZER sau de alt tip.

VIII DISPOZITIV OPERATOR

BOLNAVUL - în decubit dorsal comun, cu membrele superioare în abducţie pentru perfuzii şi aparat de tensiune.

ECHIPA OPERATORIE :

1. Operatorul - la dreapta bolnavului.
2. Ajutorul - în faţa operatorului.

IX TEHNICĂ

Cecostomia " à minima ", pe PEZZER.

A. INCIZIA este cea clasică, de tip Mc BURNEY, ca şi pentru apendicectomie ; atenţie la reperajul şi la deschiderea peritoneului, din cauza distensiei cecale.

B. EXPLORAREA, oricât ar fi de sumară, va încerca să obţină cât mai multe date asupra cavităţii peritoneale şi a viscerelor respective.

C. REPERAREA PERETELUI CECAL este destul de facilă, acesta fiind recunoscut după bandeletele colice şi după aspectul, mai mult sau mai puţin boselat.

D. O BURSĂ SEROASĂ se realizează la nivelul peretelui cecal anterior, luând ca punct de sprijin, cel puţin o bandeletă cecală, cu atenţie pentru ca firele, pe un perete subţire şi destins, să nu fie perforante ; este bine ca, fie înainte, fie după realizarea acestei burse, printr-o puncţie în centrul ei, să golim cecul sau cel puţin să reducem tensiunea conţinutului intestinal, cu ajutorul unui ac gros montat la tubul de aspiraţie.

E. Se plasează, pe cât posibil, o pensă de coprostază curbă pe cec, pentru a împiedica revărsarea conţinutului intestinal.

F. Se realizează, în interiorul bursei seroase, o **SECŢIUNE ELIPTICĂ A PERETELUI** cecal, de mici dimensiuni, prin care se introduce ciuperca sondei PEZZER în lumenul colic ; se strânge bursa seroasă în jurul sondei, se realizează o a doua bursă seroasă care o " înfundă " pe prima, iar firul de bursă se fixează la peretele abdominal.

G. Relaxarea pensei de coprostază şi **SUTURA PERETELUI ABDOMINAL** în jurul sondei PEZZER, cu fixarea suplimentară a acesteia, încheie intervenţia.

DESFIINŢAREA ANUSULUI se face uşor, fie prin suprimarea sondei PEZZER fie prin sutură minimă a peretelui cecal şi a celui abdominal.

X VARIANTE TEHNICE

- Fixarea cecului la peritoneu etanşează cecostomia.
- Secţiunea mai largă şi fixarea breşei cecale la peritoneu şi la planurile peretelui abdominal, realizează condiţiile unui adevărat anus cecal şi permite manevre endoluminale mai ample, ca şi evacuările intestinale mai eficiente, dar nu trebuie să uităm că, în raport cu anusul iliac stâng, leziunile erozive, iritative, prin conţinutul intestinal sunt mai supărătoare decât de partea stângă.
- ECONOMOS introduce, prin PEZZER, o sondă lungă până în lumenul colic, realizând o mai bună evacuare intestinală.
- APENDICOSTOMIA poate deveni o adevărată stomă dar numai cu condiţia unui apendice larg şi permeabil.

XI INCIDENTE şi ACCIDENTE INTRAOPERATORII

- Dificultăţile în reperarea peretelui cecal pot surveni din cauza unei incizii prost plasate pe peretele abdominal, a distensiei cecale sau a unor aderenţe postoperatorii.
- Deschiderea cecului plin de conţinutul sub tensiune este cel mai neplăcut accident, întrucât poate produce poluarea peritoneală sau parietală.

XII ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

Îngrijirile generale se confundă cu cele ale afecţiunii care a impus cecostomia.

Îngrijirile locale au drept obiectiv funcţionarea cât mai eficientă a stomei, evitarea supuraţiilor locale, ale iritaţiei produse prin conţinutul intestinal şi împiedicarea contaminării peritoneale.

XIII COMPLICAŢII POSTOPERATORII

- Nonfuncţionalitatea cecostomiei reclamă manevre diverse de dezobstrucţie a sondei sau schimbarea ei, irigaţii pe sondă etc.
- Supuraţia locală nu este rară.
- Peritonita localizată sau generalizată poate surveni, demonstrând lipsa unei etanşeităţi faţă de cavitatea peritoneală ; unele situaţii pot impune drenajul simplu sau chiar laparotomia de drenaj, alături de tratamentul medical general.

XIV SECHELE POSTOPERATORII

- Prin însăşi natura intervenţiei, sechelele postoperatorii nu intră în discuţie ; eventualele fistule cu caracter discontinuu dar trenant, pot reclama excizii mai ample şi suturi secundare.

XV REZULTATE, PROGNOSTIC

- Depind foarte mult de indicaţia de cecostomie şi de ceea ce aşteptăm de la această intervenţie.
- Dezavantajele cecostomiei se confundă cu ale ileostomiilor, în general, rareori putându-se vorbi de cecostomii cu caracter definitiv.

26

COLECISTECTOMIA

I DEFINIŢIE

COLECISTECTOMIA este intervenţia chirurgicală care realizează extirparea veziculei biliare şi a canalului cistic.

II ANATOMIE CHIRURGICALĂ

A. VEZICULA BILIARĂ face parte din complexul anatomo-funcţional al căilor biliare extrahepatice, constituind aparatul diverticular al acestora sau calea biliară accesorie.

- Colecistul se prezintă ca o pară, cu fundul situat la nivelul marginii libere a ficatului şi cu celelalte segmente intim aderente de faţa inferioară a acestuia, căruia îi urmează direcţia, îndreptându-se îndărăt, în jos şi către stânga, marcând limita dintre teritoriul hepatic drept şi cel stâng.
- Cu dimensiunile de 9 - 10 cm în lungime, 3 - 4 în lărgime şi 50 - 60 ml capacitate, vezicula biliară este capabilă de mari variaţii de volum, între veziculele " bovine " şi cele sclero-atrofice, ca urmare a diferitelor transformări patologice parietale şi de conţinut.
- Ancorat de faţa inferioară a ficatului, colecistul este fixat de acesta prin foiţa peritoneală viscerală, care trece ca o punte peste organ, pentru ca faţa profundă a sa să fie legată de ficat printr-un ţesut areolar lax şi vascular.
- Rareori vezicula este complet intraperitoneală, ancorată de ficat printr-un adevărtat mezou sau, dimpotrivă, este " încastrată " în

parenchim, acoperită de o lamă de ţesut hepatic.

- Vezicula biliară are 4 porţiuni :
  - = **fundul vezicular,** care depăşeşte marginea liberă a ficatului şi se proiectează pe peretele abdominal, la punctul de întâlnire a rebordului costal cu marginea externă a dreptului abdominal ;
  - = **corpul vezicular,** mai voluminos, contractând rapoarte cu primele două porţiuni ale duodenului şi cu colonul transvers, cu care poate realiza aderenţe mai mult sau mai puţin bine organizate ;
  - = **infundibulul colecistului** sau **punga HARTMANN**, se prezintă ca un diverticul în raport strâns cu faţa inferioară a canalului cistic, pe care-l maschează uneori ; acest diverticul poate fi ataşat de marginea superioară a duodenului I, prin ligamentul cistico-duodenal ; în sfârşit,
  - = **colul vezicular,** scurt, de 1 - 7 mm, adeseori sub forma unui recurbat în jos, face trecerea între infundibul şi canalul cistic, fiind situat între două valvule, una către infundibul şi alta către cistic.

B. CANALUL CISTIC este al doilea element al căii biliare accesorii şi leagă vezicula biliară de calea biliară principală (CBP) unde marchează limita dintre canalul hepatic comun şi canalul coledoc.

- Are o lungime variabilă, de 1 - 4 cm şi un calibru inegal.
- Prezintă două segmente :
  - = unul iniţial, corespunzător valvulelor HEISTER şi
  - = un segment distal, neted.
- Se deschide în calea biliară principală, în mod foarte variabil :
  - = în unghi ascuţit, cel mai frecvent,
  - = în unghi drept,
  - = oblic, după un traiect paralel în " ţeavă de puşcă ",
  - = pe flancul stâng al CBP sau
  - = în canalul hepatic drept etc., elemente care constituie variante care trebuie cunoscute, recunoscute şi consemnate de către chirurg.
- Împreună cu canalul hepatic drept şi cu faţa inferioară a ficatului, canalul cistic realizează TRIUNGHIUL BILIO-CISTIC AL LUI BUDDE, în aria căruia se află artera cistică.

C. VASCULARIZAŢIA

A R T E R A CISTICĂ, ram din hepatica primitivă, comună ori chiar din trunchiul celiac, realizează foarte multe variante care pot pune

chirurgului neavizat, destule probleme ; în orice caz, ajunsă la nivelul canalului cistic, merge pe marginea superioară a acestuia, în triunghiul BUDDE, de unde se distribuie la totalitatea organului.

V E N E L E nu sunt bine individualizate ; micile venule converg, de la periferia organului, către patul vezicular sau pedicului hepatic.

L I M F A T I C E L E se adună într-un ganglion cistic (MASCAGNI) sau într-un grup ganglionar aflat la confluenţa cisticului cu CBP, de unde ajung mai departe, la ganglionii celiaci.

III OBIECTIVE şi PRINCIPII

OBIECTIVUL PRINCIPAL al intervenţiei este reprezentat de extirparea veziculei şi a canalului cistic, din care trebuie păstrat un segment cât mai scurt, " bontul cistic ", care va fi ligaturat.

PRINCIPII :

- Colecistectomia este cu atât mai bine suportată cu cât funcţia organului este mai alterată (" colecistul nu este un joc al naturii ").
- O colecistectomie bine realizată trebuie să lase în loc un pat vezicular cât mai exsang, fără pierderi biliare şi cu posibilităţi de peritonizare.
- Colecistectomia propriu-zisă poate evolua dinspre fundul veziculei către cistic (colecistectomie anterogradă), în sens invers (colecistectomie retrogradă) sau într-o modalitate combinată, fiecare cu avantaje şi dezavantaje :
  - = colecistectomia anterogradă este mai laborioasă şi mai sângerândă, întrucât ligatura vasculară se face în ultimii timpi ai intervenţiei ; pare, în acelaşi timp, mai sigură, ligatura canalului cistic făcându-se după disecţia completă a veziculei biliare şi canalului respectiv, ceea ce înlătură sau reduce incidenţa accidentelor intraoperatorii ;
  - = colecistectomia retrogradă este mai rapidă, mai spectaculară şi mai putin sângerândă dar este grevată de riscuri mai mari, mai ales în cazurile în care anatomia locală este remaniată de procesele patologice din zonă ;
  - = în varianta combinată, se descoperă şi se ligaturează mai întâi artera cistică, după care colecistectomia evoluează anterograd, fără sângerare.
- Chirurgul nu trebuie să se mulţumească numai cu colecistectomia ; el trebuie să aibe prezent în minte faptul că vezicula biliară face

parte dintr-un complex anatomo-funcţional hepato-biliar, că participă la suferinţa unităţii bilio-duodeno-pancreatice şi că, în unele cazuri, simpla colecistectomie nu este suficientă, ceea ce poate justifica sindromul postcolecistectomie.

IV INDICAŢII şi CONTRAINDICAŢII

INDICAŢIILE colecistectomiei sunt variate şi se cer bine sistematizate. Se poate vorbi de :

1. Litiaza biliară, indicaţia cea mai frecventă, cu diversele sale forme clinice :

a. litiaza latentă, de descoperire întâmplătoare, subclinică, de indicaţie relativă ;

b. litiaza activă, cu simptomatologie evidentă, supărătoare, cu potenţial crescut de a se complica, forma comună de suferinţă litiazică, într-o indicaţie fermă ;

c. litiaza complicată, ca indicaţie absolută :

= colecistita acută, cu diversele sale forme : gangrenoasă, supurată, perforată, cu coleperitoneu etc.,
= fistulele bilio-biliare sau bilio-digestive,
= angiocolita acută ictero-uremigenă, în cadrul unei intervenţii de mai mare amploare.

d. Alte forme ale litiazei biliare :

= piocolecistul calculos.
= hidropsul vezicular,
= colecistita sclero-atrofică ş.a., pot fi socotite drept forme de vindecare spontană şi indicaţia chirurgicală va avea un caracter relativ, de necesitate, în raport cu manifestările clinice ale bolnavului. Trebuie remarcat că astfel de forme au o simptomatologie frustă sau subclinică şi că descoperirea întâmplătoare a unei astfel de litiaze nu presupune şi intervenţia chirurgicală.

2. Colecistozele sau colecistitele nelitiazice :

= colecistita acută nelitiazică,
= colecistitele cronice rebele la tratament,
= infundibulo-cisticitele,
= adenomiomatozele veziculare,
= vezicula septată, bilobată,
= colesterolozele :
– vezicula fragă,

– polipoza colesterolozică,
= vezicula calcară,
= vezicula de porţelan, etc.
= colecistita hidatică, etc.

3. Traumatismele veziculare sau ale CBP :
= traumatismele adevărate sau
= leziunile intraoperatorii.

4. Cancerul vezicular impune extirparea colecistului cu patul său hepatic.

5. Colecistectomiile de indicaţie extraveziculară :
= în cadrul intervenţiilor pe CBP, cu drenaj biliar extern, anastomoze bilio-digestive sau papilosfincterotomii, colecistul devine, prin alterarea echilibrelor tensionale din arborele biliar, inutil iar prin staza şi infecţia pe care o poate favoriza, un organ periculos ;
= în cazul unor hepatectomii sau altor tipuri de intervenţii pe ficat.

CONTRAINDICAŢIILE sunt limitate :
- când starea generală a bolnavului nu permite o intervenţie de amploare ;
- cazurile în care o colecistectomie necesară dar riscantă poate fi înlocuită cu alt gen de intervenţie : colecistostomie, drenaj simplu etc., până la refacerea stării generale.

V PREGĂTIRE PREOPERATORIE

Pregătirea generală :
- pentru cazurile cronice, avem în vedere pregătirea biologică şi cea viscerală, după datele pe care bolnavul le prezintă.
- pentru cazurile de indicaţie absolută şi de urgenţă, pregătirea va urmări o redresare minimă a dezechilibrelor metabolice şi viscerale.

Pregătirea locală nu menţionează nimic deosebit.

VI ANESTEZIE

ANESTEZIA GENERALĂ cu I.O.T. oferă condiţiile pentru o bună desfăşurare a unei intervenţii de amploare.

VII INSTRUMENTAR

COMUN - tava mare pentru intervenţiile pe abdomen ;

SPECIAL - valve abdominale late, pense lungi şi fine, foarfeci lungi şi boante, aparatură pentru explorări colangiografice, aspirator, trusa de chirurgie coelioscopică.

VIII DISPOZITIV OPERATOR

BOLNAVUL - în decubit dorsal, eventual cu un sul la baza toracelui, cu membrele superioare în abducţie pentru perfuzii şi tensiometru.

ECHIPA OPERATORIE :

1. Operatorul - la dreapta bolnavului ; în anumite momente ale operaţiei el poate trece de partea stângă.
2. Ajutoarele - în faţa chirurgului.

IX TEHNICĂ

Colecistectomie retrogradă pentru litiază

A. CALEA DE ABORD - coeliotomia xifo-ombilicală clasică.

B. EXPLORAREA INTRAOPERATORIE este un timp esenţial şi are în vedere atât colecistul şi CBP cât şi organele vecine : ficat, duoden, pancreas, stomac, colon etc. Culegerea a cât mai multor date este absolut necesară, în vederea aprecierii necesităţii unor gesturi complimentare intraoperatorii : colangiografie, explorare a CBP etc.

☞ **În acest moment, autorul preferă să treacă la stânga bolnavului. Mâna stângă a operatorului va asigura, prin intermediul unor izolări moi, spaţiul necesar manevrelor operatorii asupra veziculei şi pediculului portal, în timp ce ajutorul va expune, cu ajutorul unei valve late, faţa inferioară a ficatului, de pe partea dreaptă a bolnavului.**

C.TIMPUL CISTIC :

1. Se aplică o pensă " en coeur " la nivelul infundibulului care se pune în tensiune moderată.
2. Se evidenţiază şi se secţionează ligamentul cistico-duodenal.
3. Se descoperă şi se evidenţiază triunghiul bilio-cistic al lui BUDDE, disecând, din aproape în aproape, ţesutul celulo-grăsos care acoperă pedicului hepatic, ceea ce duce la descoperirea canalului cistic care se izolează pe toată lungimea lui, până la vărsarea în CBP.
4. Secţionarea canalului cistic izolat convenabil se face între două pense

aplicate în aşa fel încât să ne rămână suficient bont pentru ligatura cistică.

☞ **După izolarea cisticului, preferăm să secţionăm canalul cistic sub pensa aplicată spre colecist, capătul dinspre CBP rămânând nepensat : vom aprecia mai corect aspectul bilei, uneori din canalul cistic se poate elimina un microcalcul iar poluarea biliară este neînsemnată ; vom reveni, după colecistectomia propriu-zisă, la canalul cistic.**

D. TIMPUL ARTERIAL :

1. Se relaxează pensa de pe infundibul, exercitând tensiunea asupra colecistului, prin pensa aplicată pe canalul cistic.

2. Artera cistică este uşor de pus în evidenţă în triunghiul BUDDE, acum lipsit de latura sa dreaptă şi inferioară. Aceasta se disecă complet, cu mare atenţie, şi se secţionează sub ligatura aplicată pe capătul proximal al arterei.

☞ **Şi aici preferăm să lăsăm nepensat, capătul arterial dinspre colecist : dacă nu există sângerare înseamnă că vasul ligaturat era singura sursă arterială ; dacă, dimpotrivă, sângerarea continuă, atunci am ligaturat-secţionat un ram cistic şi nu trunchiul principal ori mai sunt şi alte surse vasculare pentru colecist, pe care va trebui să le rezolvăm. Este posibil să mai revenim la timpul arterial odată cu perfectarea timpului cistic.**

E. COLECISTECTOMIA PROPRIU-ZISĂ :

1. În timp ce pensa de pe cistic este pusă în tensiune, cu ajutorul foarfecelor boante şi curbe, colecistectomia evoluează spre fundul veziculei biliare, secţionând din aproape în aproape, conexiunile dintre colecist şi patul său.

2. Hemostaza în patul vezicular se face cu termocauterul, pe măsură ce colecistectomia evoluează sau după ce vezicula a fost îndepărtată ; rareori este necesară aplicarea unor fire sau a unor puncte de sutură pentru hemostază.

F. Se revine la canalul cistic care se reperează fără dificultate, se exprimă, se disecă mai mult până aproape de vărsarea reală în CBP, se ligaturează cu fir subţire şi, la nevoie, se secţionează bontul în exces.

☞ **În cursul acestui timp, arterea cistică, în raport intim cu canalul poate fi disecată mai corect şi apoi ligaturată din nou.**

☞ **Noi am renunţat complet la peritonizarea patului vezicular, fără nici un fel de inconveniente.**

F. CONTROLUL CAVITĂŢII, TOALETA PERITONEALĂ şi DRENAJUL subhepatic, cu tub subţire, readuce operatorul pe partea dreaptă a bolnavului iar

G. REFACEREA PERETELUI ABDOMINAL încheie intervenţia chirurgicală.

X VARIANTE TEHNICE

A. CALEA DE ABORD poate fi reprezentată de alte coeliotomii :

1. Inciziile verticale :
   a. mediană supraombilicală, cea mai expeditivă şi mai des folosită de noi ; ne oferă o lumină bună şi ne dă posibilitatea unei explorări corecte a abdomenului ;
   b. pararectală dreaptă sau
   c. transrectală dreaptă, ambele mai hemoragice şi mai laborioase.
2. Inciziile orizontale :
   a. SPRENGEL înaltă şi
   b. SPRENGEL joasă sunt cu mult mai laborioase.
3. Inciziile oblice dau acces bun asupra veziculei biliare dar sunt, şi ele, laborioase :
   a. incizia subcostală KOCHER, frecvent folosită de unii practicieni,
   b. incizia RIO-BRANCO,
   c. incizia ROUX
   d. incizia HARTMANN,
   e. micro-laparotomia, pe care, personal, nu o recomandăm.
4. Microinciziile pentru colecistectomia pe cale laparoscopică.

☞ **Preferinţele chirurgului vor da prioritate unei căi de abord sau alteia în raport cu experienţa sa şi cu datele oferite de bolnavul pe care îl are de rezolvat. Absolutismele nu au ce căuta nici aici şi trebuie să ne adaptăm cerinţelor imediate şi nu unor păreri preconcepute. Intervenţia se desfăşoară într-o zonă cu multiple formaţiuni anatomice de mare importanţă, încât câmpul operator de care trebuie să dispunem trebuie să fie unul optim sau, dacă acesta se dovedeşte insuficient, optimizat în sensul necesar.**

☞ **Subliniem, în context, preferinţele noastre pentru coeliotomiile mediane, cele care ne permit, în cele mai bune condiţii, nu numai desfăşurarea unei intervenţii oarecare dar, cu deosebire, o explorare a întregii cavităţi peritoneale. Indiferent pentru ce afecţiune intervenim, profităm de**

posibilitatea aceasta unică pentru a face un control al tuturor viscerelor din cavitatea abdominală şi pelvină. De nenumărate ori am fost în măsură să ne felicităm pentru acest mod de a proceda şi care ne-a pus în faţa unor surprize. Sigur că se poate contraargumenta că, indiferent de calea de acces în abdomen, chirurgul are obligaţia de a realiza o explorare completă. Ne îndoim însă că orice cale de abord permite o explorare corectă şi în cele mai bune condiţii, cu atât mai mult cu cât, ceea ce Profesorul JUVARA denumea " mirajul leziunii aparente " ne polarizează atenţia către viscerul ţintă şi pune în umbră alte leziuni, altfel uşor accesibile.

☞ **E aproape antologic cazul tinerei doctoriţe operate pentru microlitiază veziculară, care, deşi avea un trecut pancreatic şi era posesoarea unui document scintigrafic sugestiv pentru un chist pancreatic, " prea frumos ca să fie adevărat ", a fost deschisă prin incizie subcostală dreaptă. După realizarea colecistectomiei, explorarea efectuată la insistenţele echipei, a pus în evidenţă leziunea pancreatică şi a obligat la transformarea inciziei iniţiale banale, într-una bivalvă.**

B. COLECISTECTOMIA ANTEROGRADĂ :

1. Se aplică o pensă " en coeur " la nivelul fundului vezicular, după o puncţie evacuatorie şi, eventual, după infiltraţia subseroasă cu ser sau xilină.

2. La cca 1,5 cm înăuntrul reflectării seroasei peritoneale pe veziculă, de o parte şi de alta, se trasează secţiunea seroasei.

3. Evoluând dinspre fundul vezicular către canalul cistic, se eliberează organul din patul hepatic, aplicând pe micile vase, fire de ligatură sau puncte de coagulare.

4. Ajunşi cu disecţia la nivelul infundibulului vezicular, părăsim patul veziculei pentru a ne îndrepta atenţia către marginea micului epiploon, în vederea disecţiei cisticului şi a arterei cistice ; punând în tensiune vezicula bliară detaşată din patul său, evidenţiem triunghiul lui BUDDE, unde artera cistică se remarcă uşor, se disecă şi se secţionează sub ligatură, în condiţii de perfectă vizibilitate.

5. Ultimul element care ţine vezicula ataşată de CBP este cisticul, care se eliberează circumferenţial şi se secţionează sub ligatura aplicată aproape de vărsarea în CBP.

C. O TEHNICĂ INTERMEDIARĂ este aceea a disecţiei primare a

triunghiului bilio-cistic amintit, cu evidenţierea arterei cistice şi aplicarea unei ligaturi arteriale, după care colecistectomia anterogradă evoluează fără sângerare. Tehnica este spectaculară, cere experienţă deosebită, nu se pretează la orice caz şi nu este la îndemâna începătorului.

☞ **Preferinţele noastre acordă prioritate colecistectomiei retrograde care ne-a dat satisfacţie absolută. Dacă este vorba de cazuri dificile, atunci şi colecistectomia anterogradă este periculoasă, disecţia pediculului cistic fiind la fel de delicată şi într-o modalitate şi în cealaltă. Pentru anumite cazuri, cu remanieri importante ale pedicului hepatic şi ale veziculei biliare în toate componentele sale, nici o tehnică clasică nu ne poate fi utilă, chirurgul trebuind să adopte o tactică corespunzătoare, folosind posibilităţile de explorare sau diverse manevre intraoperatorii care uşurează timpii următori şi nu trebuie să cedeze nici unei tentaţii de moment. In consecinţă,**

D. CAZURILE DIFICILE :

1. Vezicula sclero-atrofică este vezicula lipsită de cavitate, cu pereţi scleroşi, perfect mulaţi pe calculi. Problemele serioase nu ne parvin dinspre vezicula biliară ci din recunoaşterea şi rezolvarea cisticului, şi a evidenţierii căii biliare principale.

2. Blocul aderenţial subhepatic include vezicula biliară dar poate îngloba orice alt organ : epiploon, duoden şi colon ; dificultatea majoră se referă la recunoaşterea CBP şi a ceea ce a mai rămas din zona infundibulară sau chiar din veziculă :

= se începe cu liza blocului aderenţial şi eliberarea organelor care participă la acest bloc ; uneori avem surpriza ca după liza blocului respectiv, pedicul hepatic să fie cu adevărat liber iar colecistectomia să evolueze fără dificultăţi ;

= alteori, aderenţele capătă dimensiunile şi aspectul unui bloc tumoral ; în astfel de situaţii, riscul major vizează CBP, motiv pentru care se începe eliberarea pedicului portal dinspre duoden, chiar cu preţul unei decolări minime duodenale sau duodeno-pancreatice ; puncţiile, colangiografia intraoperatorie sau chiar coledocotomia minimă (OLIVIER) ne pot ajuta în identificarea căii biliare principale ;

☞ **În astfel de situaţii preferăm să eliberăm aderenţele dinspre corpul vezicular şi să-l secţionăm transversal, departe de elementele pediculare, fără nici un risc ; în acest mod ne**

permitem să extirpăm jumătatea veziculară dinspre fundul colecistului şi să ne concentrăm atenţia spre zona cea mai delicată ;

☞ **golirea şi evacuarea cavităţii veziculare ne permite să introducem degetul sau instrumente adaptate în cavitate, ceea ce ne orientează către infundibul şi canalul cistic şi ne va uşura disecţia şi eliberarea elementelor anatomice în deplină siguranţă ; sigur că pentru unele cazuri deosebite, lăsarea pe loc a unui guleraş din peretele infundibular sau dintr-un cistic mai lung, nu reprezintă nici un inconvenient.**

3. Calculii inclavaţi pot ridica, în cel mai înalt grad, problema coexistenţei unei fistule bilio-biliare. Identificarea CBP este cu atât mai necesară :

= puncţia dublă, în coledocul supraduodenal şi în veziculă, cu efectuarea unei colangiografii, poate fi o modalitate de scoatere din impas ;

☞ **Preferăm, cu atât mai mult, secţiunea peretelui vezicular pe calculul inclavat, eliberarea cavităţii veziculare de conţinut şi o explorare endocavitară care ne va aduce în situaţia de a confirma existenţa fistulei respective, care va fi rezolvată în mod corespunzător : sutură, drenaj biliar extern chiar prin orificiul fistulos sau plastii cu perete vezicular ;**

= când după evacuarea calculului bursa HARTMANN rămâne aderentă de CBP, încercăm disecţia şi extirparea ei în măsura posibilului ;

= există şi situaţii în care remanierea profundă a ţesuturilor locale face riscantă aplicarea ligaturii pe un bont cistic nesigur ; în astfel de situaţii, putem renunţa la ligatură : dacă există o cale biliară liberă, fistula care se instalează are toate şansele să se închidă (aşa cum se închide şi orificiul din care s-a scos un Kehr !), şi ne vom concentra atenţia asupra unui drenaj peritoneal cât mai corect şi mai eficient.

E. COLECISTECTOMIA SUBSEROASĂ implică secţiunea seroasei veziculare chiar în axul organului ; rămâne o seroasă în exces care poate peritoniza patul vezicular în cele mai bune condiţii.

F. COLECISTECTOMIA INCOMPLETĂ aparţine cazurilor foarte dificile ; colecistul se secţionează şi se evacuează, după care :

= extirpăm cât mai mult din peretele vezicular iar ceea ce rămâne se electro-cauterizează ori se badijonează cu iod, sau

= putem recurge la MUCOCLAZA PRIBRAM în care realizăm cauterizarea mucoasei şi sutura inversantă a celor două lambouri veziculare cu catgut. Ambele modalităţi sunt de excepţie, aproape cu interes istoric pentru chirurgia modernă.

G. COLECISTECTOMIA pe colecistul încastrat presupune secţiunea punţii hepatice care acoperă vezicula, colecistectomie şi sutură hepatică, cu precauţiile bine cunoscute.

H. COLECISTECTOMIA LĂRGITĂ aparţine cancerului vezicular, cel mai frecvent coexistând cu o litiază, şi implică ridicarea unei lame de ţesut hepatic în raport cu extensia leziunilor ; sigur că nu se poate vorbi de o intervenţie cu caracter de radicalitate, dar putem fi obligaţi la intervenţia respectivă.

I. COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICĂ aparţine serviciilor bine dotate, are avantaje incontestabile şi este deosebit de spectaculoasă.

☞ **Chirurgia laparoscopică a debutat cu colecistectomia şi s-a perfecţionat şi diversificat în aşa măsură încât nu poate lăsa indiferent (ci doar melancolic !) nici un chirurg interesat de progresul specialităţii sale. Cu siguranţă că coeliochirurgia nu va înlocui complet şi definitiv chirurgia clasică dar ea devine o alternativă operatorie de mare valoare, care va sustrage din masa de bolnavi chirurgicali, o bună parte, lăsând chirurgia " clasică " să se străduie cu ceea ce rămâne.**

☞ **Paleta intervenţiilor la care personal am asistat este deosebit de largă şi de neconceput aproape pentru chirurgul clasic : colecistectomia cu colangiografie intraoperatorie, vagotomia cu seromiotomie anterioară, sutura ulcerului perforat, hernia hiatală, cu magistrala refacere a hiatusului esofagian şi cu hemiNiessen, visceroliza, apendicectomia, cura pentru herniile inguinale şi crurale, extirparea diverselor chiste de ovar, histerectomia subtotală şi ... colectomia segmentară sigmoidiană cu restabilirea mecanică a continuităţii digestive ... iată doar o parte din paleta coeliochirurgiei care, fără îndoială că va continua să sediversifice ; am, de asemeni, convingerea că nu prea departe, şi chirurgii români vor avea partea lor de contribuţie valoroasă la această modalitate tehnică, de neconceput în urmă cu nu prea mulţi ani.**

☞ **Am cita afirmaţia unui maestru al coeliochirurgiei : "anatomia laparoscopică nu seamănă cu anatomia clasică". De ce oare, laparoscopia nu are o istorie adevărată în**

România ?

XI INCIDENTE şi ACCIDENTE INTRAOPERATORII

Incidentele şi accidentele intraoperatorii sunt mai frecvente decât s-ar crede şi survin în cazurile cu adevărat dificile dar, în egală măsură, în cele simple ; pot fi de gravitate deosebită şi pot ţine de leziunile care remaniază regiunea, de anomaliile nesesizate dar şi de pregătirea chirurgului, de o explorare incorectă sau de o lumină necorespunzătoare etc. O zonă atât de bogată în elemente anatomice de mare importanţă merită o atenţie cu totul deosebită.

A. RISCUL BILIAR :

1. Leziunile CBP pot surveni în cursul colecistectomiilor facile când calea biliară subţire, tracţionată şi deviată, poate fi prinsă în ligatura cisticului, a arterei cistice ori când aceeaşi cale biliară considerată drept canal cistic, va suferi leziuni diferite : ligatură, secţiune laterală sau completă etc.

2. CBP poate fi lezată în cursul colecistectomiilor dificile. Leziunile CBP trebuie bine sesizate şi rezolvate corespunzător.

☞ **Nu trebuie să negăm că de foarte multe ori în astfel de cazuri, tensiunea în care operatorul se află îl poate împinge către soluţii neinspirate. Cel mai corect şi mai bine pentru bolnav este să recurgem la soluţii de moment : cateterizare şi drenaj biliar extern sau chiar ligatura deliberată a căii biliare principale, soluţii care pun bolnavul la adăpost de complicaţii postoperatorii şi ne vor permite, nouă, sau altei echipe chirurgicale mai antrenate, într-o şedinţă ulterioară, o rezolvare corectă a leziunilor. Trebuie spus că soluţiile incerte şi improvizaţiile nu iartă, induc complicaţii serioase, greu de justificat şi readuc bolnavul pe masa de operaţie dar în condiţii de risc crescut.**

B. RISCUL VASCULAR :

1. Artera cistică are multe variante care pot determina lezarea acesteia ; accidentul cel mai sever este reprezentat de smulgerea arterei la origine, ceea ce reclamă sutura ostiului arterial.

2. Ramul drept al arterei hepatice intră în raport intim cu canalul hepatic comun, pe care-l încrucişează, cu faţa superioară a colului vezicular şi cu canalul hepatic drept ; leziunea vasculară este impresionantă, severă şi poate cere clamparea pedicululuí hepatic

pentru a stăvili hemoragia din plagă ; câmpul operator trebuie optimizat, lărgit, trebuie realizată o evacuare a sângelui şi a cheagurilor din plagă, asigurarea unei lumini suficiente ; soluţia : ligatura sau, mai corect, sutura arterială, care reclamă o tehnicitate specială şi abilitate în realizarea gestului vascular.

3. Alteori, o leziune incompletă de arteră hepatică poate deveni punctul de plecare al unui fals anevrism, al unui hematom închistat etc.

C. ALTE INCIDENTE :

1. Deschiderea colecistului purulent poluează câmpul operator şi reclamă măsuri în consecinţă.
2. Rănirea duodenului trebuie recunoscută şi rezolvată corespunzător.
3. Lezarea colonului participant la blocul aderenţial impune, de asemeni, soluţii adecvate.

XII ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

ÎNGRIJIRILE POSTOPERATORII aparţin intervenţiilor majore ale abdomenului superior :

Îngrijirile generale :

= sonda de descărcare gastrică,
= analgeticele majore,
= echilibrarea volemică, hidroelectrolitică şi
= compensarea unor deficite viscerale se vor efectua, după caz ;
= antibioticele sunt necesare numai pentru cazurile complicate ;
= mobilizarea precoce şi
= reluarea unei alimentaţii naturale precoce sunt măsurile comune bolnavilor biliari ;
= tratamentul preventiv al tromboflebitei postoperatorii trebuie aplicat cu discernământ.

Îngrijirile locale :

= nu au nimic particular.

XIII COMPLICAŢII POSTOPERATORII

◆ **Hemoragia**, cel mai frecvent precoce (în primele 24 de ore), poate avea ca surse :

= patul vezicular (mai ales la obezi şi hipertensivi),
= deraparea unei ligaturi cistice sau, mai rar,
= leziuni vasculare necunoscute.

Bolnavul trebuie urmărit şi, în raport cu gravitatea hemoragiei, vor

fi luate în discuţie soluţiile corespunzătoare ; uneori o reintervenţie de hemostază trebuie avută în vedere, fără a rata un timp optim, altfel bolnavul se poate pierde.

- **Biliragia** :
  - = precoce şi puţin abundentă, provine din patul vezicular şi, în câteva zile cedează spontan ;
  - = precoce şi abundentă, ne face să ne gândim la relaxarea ligaturii de pe bontul cistic sau la o leziune ignorată de CBP :
    - * dacă avem asigurat un drenj corect, care să împiedice revărsarea bilei în peritoneu, putem aştepta : dacă pe calea biliară principală nu există obstacol şi libertatea oddiană este reală fistula se va închide ;
    - * în absenţa unui drenaj eficient va trebui, cu atenţie, să-l realizăm ;
    - * dacă avem posiblitatea s-o facem, o sfincterotomie cu cateterizarea CBP pe cale endoscopică va rezolva în mod elegant complicaţia ;
    - * în caz de peritonită biliară, reintervenţia se impune atât pentru drenaj cât şi pentru soluţionarea cauzei : ligatură, sutură sau drenaj biliar extern ;
  - = biliragia tardivă şi abundentă poate trăda necroza bontului cistic sau altă cauză şi vom proceda după caz.
- **Icterul** :
  - = instalat rapid, ţine de o ligatură a CBP ;
  - = apărut ceva mai tardiv, trădează o angiocolită sau un obstacol ignorat al CBP.
- Pancreatita acută este rară după colecistectomiile simple dar mai frecventă dacă intervenţia a menţionat un timp coledocian.
- Peritonitele localizate sau generalizate pot surveni ca şi,
- Supuraţia parietală.
- Complicaţiile generale :
  - = boala trombo-embolică nu este rară, cu atât mai mult cu cât marea majoritate a colecistectomiilor aparţin femeilor :
    - * tromboflebitele membrelor inferioare survin mai ales la bolnavele obeze şi trebuie luate măsuri preventive ;
    - * embolia pulmonară poate apare, ca un accident de cele mai multe ori fatal ;
    - * complicaţiile bronho-pulmonare sau pleurale şi
    - * cardiace, survin la bolnavii taraţi, ca şi după alte

intervenţii mari.

XIV SECHELE POSTOPERATORII

- Colecistectomia perfect indicată şi realizată tehnic, nu induce nici un fel de sechelă, adaptarea organismului la absenţa veziculei fiind absolută. Se poate, totuşi, consemna, o dilataţie a CBP, probabil ca element de compensare a absenţei aparatului diverticular, dar numai ca imagine radiologică sau echografică, fără traducere clinică.
- JUVARA : " colecistectomia nu poate întrerupe evoluţia unei suferinţe concomitente dar ignorate : apendicită cronică, ulcer, litiază renală etc ; sindromul post-colecistectomie este un subterfugiu pentru o altă afecţiune nediagnosticată "
- MALLET-GUY : " sindromul post-colecistectomie include toate manifestările dureroase sau angiocolitice care persistă sau survin după ablaţia veziculei biliare, cu sau fără explorarea CBP ".
- HEPP exclude din acest sindrom cazurile în care s-a făcut explorarea CBP.

  În realitate, sindromul poate fi justificat de :
- bontul cistic prea lung,
- existenţa unui calcul inclavat într-un cistic lung şi inserat anormal,
- de o colecistectomie incompletă, fiind vorba de erori tehnice sau de indicaţie.

XV REZULTATE, PROGNOSTIC

- Mortalitatea postoperatorie este redusă, apropiată de zero pentru cazurile necomplicate.
- Pentru indicaţiile absolute şi de urgenţă, mortalitatea este mai crescută, mult ameliorată de tratamentul intensiv de care dispunem.
- Rezultatele colecistectomiilor sunt foarte bune, cu prognostic favorabil, în raport cu indicaţia şi cu realizarea tehnică.

27

COLEDOCOTOMIA

I DEFINIŢIE

COLEDOCOTOMIA este intervenţia chirurgicală prin care se realizează deschiderea deliberată a canalului coledoc.

- Termenul, intrat în uz, nu corespunde întotdeauna realităţii întrucât, în practică, deschiderea poate interesa nu coledocul propriu-zis ci hepato-coledocul sau chiar hepaticul comun, într-un cuvânt, calea biliară principală (CBP).

II ANATOMIE CHIRURGICALĂ

A. CALEA BILIARĂ PRINCIPALĂ, segmentul canalar al căilor biliare extrahepatice, rezultă din unirea celor două

= **CANALE HEPATICE**, drept şi stâng, care realizează

= **CANALUL HEPATIC COMUN**. Acesta, după ce primeşte canalul cistic devine

= **CANALUL COLEDOC**, care se varsă în duoden.

B. CALEA BILIARĂ PRINCIPALĂ are

- o lungime de 9 - 10 cm (cu variaţii între 5 şi 12),
- un calibru de 8 - 10 mm şi
- 4 segmente :

1. **Segmentul supraduodenal** sau **pedicular** :

= cel mai lung (cca 3 - 4 cm) şi

= mai accesibil,

= se află situat

* în grosimea pediculului portal,

* ca elementul cel mai superficial şi drept,
* în marginea liberă a micului epiploon.

= Rapoartele sale :
* ficatul (înainte),
* vena portă, pe care se sprijină,
* artera hepatică (la stânga),
* canalele hepatice (în sus) şi
* duodenul (în jos) ;

= de remarcat că originea reală a coledocului nu este identică cu originea aparentă, fapt de care chirurgul trebuie să ţină cont.

2. **Segmentul retro-duodenal**,
= de cca 1,5 - 2 cm lungime,
= încrucişează faţa posterioară a D_1, înainte de a atinge marginea superioară a capului pancreatic şi
= vine în raport cu :
* artera gastro-duodenală (din hepatică), aflată între coledoc şi pancreas,
* cu vena portă,
* artera hepatică şi
* pancreatico-duodenala dreaptă superioară.

3. **Segmentul retropancreatic** se află în raport intim cu
= pancreasul,
= este plasat într-un jgheab sau tunel de ţesut pancreatic,
= urmând o linie care uneşte treimea internă a laturii superioare cu jumătatea marginii interne a PATRULATERULUI LUI QUENU (D_1, D_2, D_3 şi artera mezenterică superioară) iar
= rapoartele sale sunt reprezentate de :
* capul pancreasului,
* ramuri ale gastro-duodenalei,
* vena cavă inferioară care, la acest nivel, primeşte vena renală de partea dreaptă şi genitala dreaptă (spermatica sau utero-ovariana),
* rinichiul şi ureterul drept.

4. **Segmentul intra-duodenal** sau **intramural** este
= segmentul cel mai scurt,
= cu mai multe anomalii,
= pătrunde oblic în duoden prin FEREASTRA DUODENALĂ, pentru a
= se deschide la nivelul AMPULEI VATER, izolat sau printr-un

orificiu comun cu canalul pancreatic.

C. REGIUNEA ODDIANĂ sau **A SFINCTERULUI ODDY**, este un ansamblu realizat din :

1. Sfincterul propriu al coledocului, care depăşeşte uşor în afară peretele coledocian,
2. Sfincterul propriu al canalului WIRSUNG, mai puţin bine reprezentat şi
3. Sfincterul comun (pentru ambele canale), mai aproape de vârful papilei oddiene, realizând - în fapt - relieful caroncular, caroncula major.

D. Ca structură, CBP are un perete conjunctiv, căptuşit cu mucoasă şi învelit în seroasă.

E. VASCULARIZAŢIA nu este bine individualizată, fiind realizată din mici ramuri dependente de arterele hepatică şi cistică, de gastro-duodenală sau pancreatice.

III OBIECTIVE şi PRINCIPII

OBIECTIVUL principal al intervenţiei este reprezentat de accesul în lumenul coledocian, prin incizia peretelui ventral (secţiunea regiunii sfincteriene aparţine altei manevre) ; în fapt, este vorba de o hepatico-coledocotomie cu viză exploratorie sau terapeutică.

Întotdeauna coledocotomia va fi urmată de un timp complimentar : sutură, drenaj sau derivaţie.

PRINCIPIILE reclamate de o coledocotomie corectă :

1. Coledocotomia trebuie să fie bine plasată :
   a. în raport cu duodenul ;
      = la suficientă distanţă de marginea superioară a acestuia, pentru a nu jena manevrele ulterioare de explorare sau anastomoză ;
   b. în raport cu canalul biliar :
      = longitudinală,
      = în axul organului, la egală distanţă de margini ;
      = coledocotomia poate fi şi transversală, atunci când
        - CBP este foarte dilatată sau
        - suntem convinşi că vom termina cu o anastomoză bilio-digestivă.
2. Coledocotomia trebuie să fie
   = suficient de lungă, pentru a permite explorarea în bune condiţii dar
   = de cel puţin un diametru pentru derivaţii ; altfel se menajează praguri-obstacole în calea fluxului biliar.

3. Coledocotomia trebuie bine executată tehnic :
   = rectilinie,
   = tranşantă,
   = cu margini regulate, pentru a evita stenozele şi decalibrările ulterioare.

4. O coledocotomie corectă trebuie să permită o bună rezolvare a defectului produs, fără premisele realizării unor sechele.

IV INDICAŢII şi CONTRAINDICAŢII

INDICAŢIILE coledocotomiei sunt destul de variate. Între atitudinile extremiste ale lui KEHR, KIRSCHNER şi NORDMAN, care preconizau coledocotomia de principiu, şi cea eclectică de astăzi, s-a trecut prin toată gama posibilă, cu exagerările respective. Astăzi, **coledocotomia de rutină** sau **de principiu** a fost înlocuită de **coledocotomia de indicaţie** sau de **necesitate**, cu mult mai justificate.

De asemeni nu trebuie să uităm că este de mare actualitate reconsiderarea esenţială a intervenţiei, în măsura în care modalităţile de explorare şi tratament pe cale endoscopică au devenit curente şi în acelaşi timp, soluţii elegante şi lipsite de riscuri.

Coledocotomia poate fi impusă de :

1. Indicaţii absolute :
   a. modificări ale conţinutului canalar :
      = angiocolită acută,
      = litiază :
         – a CBP,
         – intrahepatică,
         – calculii inclavaţi în coledocul inferior sau în papilă.
   b. obstacole coledoco-papilare :
      = oddite scleroase,
      = neoplasm ampular,
      = neoplasm de cap de pancreas.

2. Indicaţii relative :
   a. modificări ale peretelui canalar :
      = coledocul de pasaj, din cadrul microlitiazei biliare,
      = dilataţii chistice ale CBP,
      = fistule :
         – bilio-biliare,
         – bilio-digestive,
         – biliare externe ;
      = neoplasme de cale biliară,

= leziuni accidentale ale CBP.

b. afecţiuni ale organelor conexe :

= hepatectomii majore pentru diverse etiologii,
= pancreatite acute sau cronice ;
= în chirurgia ulcerului gastro-duodenal, cazuri speciale,
= în chirurgia papilo-oddiană.

CONTRAINDICAŢIILE :

= coledocotomia de rutină,
= absenţa icterului recent şi
= CBP nemodificată.

V PREGĂTIRE PREOPERATORIE

PREGĂTIREA PREOPERATORIE aparţine mai puţin coledocotomiei cât, mai ales, complexului chirurgical care o impune **(Vezi 26 - V).**

VI ANESTEZIE

(Vezi 26 - VI)

VII INSTRUMENTAR

COMUN - trusa mare pentru intervenţii abdominale;

SPECIAL :

= instrumente de tăiere foarte fine,
= valve abdominale late şi adânci,
= instrumentar special pentru explorarea CBP : exploratoare din metal sau plastic, BENIQUÉ -uri de diverse calibre, exploratoare cu olivă, sonde NÉLATON, pense de calculi ;
= aparat pentru radio-manometrie (interes istoric !) ;
= tuburi simple sau speciale (KEHR, CHAMPEAU, CATTEL etc) pentru drenajul biliar extern ;
= echipament de colangiografie intraoperatorie, trusă de coeliochirurgie, coledocoscop şi echograf intraoperator.
= aspirator etc.

VIII DISPOZITIV OPERATOR

(Vezi 26 - VIII)

IX TEHNICĂ

Coledocotomie supraduodenală pentru litiază coledociană cu calcul unic, cu sutură primară a CBP şi drenaj biliar extern transcistic.

A. CALEA DE ABORD - coeliotomia mediană xifo-ombilicală clasică ne asigură confortul necesar.

B. EXPLORAREA trebuie să fie sistematică şi vizează vezicula biliară, CBP şi organele conexe.

C. COLECISTECTOMIA decurge în mod obişnuit **(Vezi 26 - IX)** dacă vezicula nu a fost extirpată la o intervenţie anterioară.

D. DESCOPERIREA CBP :

1. Se eliberează şi se îndepărtează, cu mare atenţie, faţa inferioară a ficatului, cu o valvă lată şi adâncă, în aşa fel încât pedicului hepatic să fie bine expus.

2. Se repereză şi se palpează hiatusul WINSLOW, apreciind caracterele elementelor pediculului portal poziţie, inflamaţie, infiltraţie, litiază etc.

3. Descoperirea propriu-zisă a căii biliare principale :

= prin disecţie atentă, din aproape în aproape, fără a secţiona nimic în afara unei identificări precise, îndepărtând sau disociind ţesutul celulo-grăsos care aparţine micului epiploon, se ajunge până la peretele canalar, destul de uşor de recunoscut ;

= descoperirea CBP poate fi facilitată de reperul canalului cistic ;

= eliberarea se continuă pe distanţa necesară la nivelul peretelui anterior şi al marginilor canalare ;

= disecţia şi eliberarea CBP decurg exang şi numai uneori este necesară ligatura sau coagularea (cu atenţie !) a unor vase de neoformaţie, a căror lezare poate determina sângerări neplăcute şi plicticoase.

E. EXPLORAREA CBP se va face :

= manual, pe toată lungimea accesibilă, cranial şi caudal, folosindu-ne de un deget care pătrunde în hiatusul WINSLOW şi, la nevoie, prin palparea zonei de decolare duodeno-pancreatică, cu foarte mare atenţie pentru a nu deplasa calculul spre canalele hepatice.

F. COLEDOCOTOMIA PROPRIU-ZISĂ :

1. Se plasează două fire de reper şi tracţiune, de o parte şi de alta a liniei viitoarei incizii coledociene, pe cât posibil fire nepenetrante, care se prind în pense fine.

2. Folosindu-ne de plicul transversal pe care cele două fire puse sub tensiune îl realizează, cu ajutorul unui bisturiu tăios, secţionăm peretele anterior al CBP, între cele două fire tractoare, în timp ce aspiratorul

usucă corect câmpul operator.

3. Se scot cele două fire şi se trec prin buzele plăgii de coledocotomie.

4. Se perfectează coledocotomia, în ambele sensuri, caudal şi cranial, până la dimensiunile dorite, în nici un caz peste lungimea unui diametru de CBP.

G. MANEVRELE CANALARE au drept scop extragerea calculului :

1. Prin manevre bine gândite, calculul mobil se aduce în dreptul breşei coledociene şi se exteriorizează cu uşurinţă sau cu ajutorul unor acţiuni logice de " acuşare ". Foarte importantă este examinarea calculului exteriorizat, pentru a-i constata sau nu integritatea, existând întotdeauna posibilitatea ca acesta să fi fost fragmentat.

2. Explorarea căii biliare are loc în sens cranial dar şi distal pentru a ne convinge de starea acesteia şi a duzei oddiene : vacuitate, permeabilitate, complezenţă etc. Coledocotomia odată terminată, urmează

H. REZOLVAREA DEFECTULUI COLEDOCIAN : SUTURĂ PRIMARĂ.

1. Prin canalul cistic permeabil se introduce un tub calibrat, din plastic, în CBP până în zona coledocului terminal.

2. Se stabilizează tubul de drenaj, în lumenul coledocian, prin ligatura simplă a canalului cistic pe tub ; ligatura trebuie bine dozată, pentru a nu fi nici prea laxă ca să permită smulgerea accidentală a tubului nici prea strânsă, ca să împiedice îndepărtarea facilă a tubului.

3. Se realizează sutura peretelui coledocian, cu ajutorul unor fire foarte fine, separate, aplicate pe toată lungimea coledocotomiei, la distanţă de 1 - 1,5 mm unul de altul şi trecute aproape de buzele coledocotomiei.

4. Se face testul de etanşeitate a suturii coledociene şi, după caz, se pot aplica fire suplimentare.

I. EXTERIORIZAREA TUBULUI DE DRENAJ BILIAR EXTERN se face lateral, în hipocondrul drept, sub rebordul costal, prin lumenul unui tub martor, din plastic, mai gros, trecut prin perete, cu ajutorul unei incizii corespunzătoare.

J. CONTROLUL şi TOALETA PERITONEALĂ, DRENAJUL SUBHEPATIC decurg în mod obişnuit, încheind o intervenţie de durată şi de finete.

X VARIANTE TEHNICE

A. CALEA DE ACCES (Vezi 26 - X)

D. DESCOPERIREA COLEDOCULUI

1. În anumite cazuri descoperirea CBP poate fi dificilă şi greoaie, motiv

pentru care nu vom uita că, întotdeauna, CBP se află în marginea liberă a micului epiploon dar că ea poate fi deviată, tracţionată, fără a mai păstra rapoartele normale :

= identificarea CBP poate fi ajutată de puncţii exploratorii cu ac foarte fin ;

= se poate pune în evidenţă zona infundibulo-cistică a veziculei biliare (dacă colecistectomia nu a fost efectuată cu prilejul altei intervenţii), prin disecţie atentă ; canalul cistic sau numai bontul său pot fi un bun reper, mai ales dacă este permeabil şi un instrument poate fi introdus în lumenul său şi "împins" în CBP ;

= în anumite situaţii manevra KOCHER, de decolare duodeno-pancreatică limitată, ne poate fi de mare ajutor ;

= în mod excepţional este necesară eliberarea circumferenţială a CBP, eliberare mult mai pretenţioasă şi nu lipsită de riscuri, mai ales pentru pediculii infiltraţi inflamator.

E. EXPLORAREA CBP se poate face diferit :

= prin colangioscopie sau colangiografie intraoperatorie cu unul sau mai multe clişee, având grije ca substanţa introdusă prin canalul cistic sau prin puncţie directă, prea concentrată, să nu înnece calculii biliari, pe care să nu-i mai putem identifica ;

= nu este lipsită de interes folosirea echografului intraoperator pentru identificarea conţinutului canalar.

F. COLEDOCOTOMIA poate fi şi

= transversală, atunci când CBP este foarte dilatată şi când avem convingerea că vom termina printr-o derivaţie bilio-digestivă ; are dezavantajul că nu poate fi prelungită, dar când este indicată, coledocul este suficient de larg ; în acest caz, coledocotomia trebuie să fie mai apropiată de duoden, iar marginile coledociene mai bine disecate ;

= coledocotomia retro-duodeno-pancreatică este mai rar folosită din cauza sângerărilor la care ne putem expune, implicând o decolare duodeno-pancreatică amplă ;

= coledocotomia distală transduodenală se confundă cu intervenţiile pe zona papilo-oddiană.

G. MANEVRELE CANALARE :

1. Dacă este vorba de calculi izolaţi, aceştia vor fi eliminaţi prin manevre blânde şi atente, digitale, de antrenare a lor în breşa de coledocotomie ; vom avea grije să nu-i gonim în sens cranial, existând

posibilitatea să nu-i mai putem recupera.

2. Dacă este vorba de împietruiri ale CBP, se poate folosi pensa specială de calculi sau sondele de tip DORMIA, cu care vom face incursiuni repetate pentru dragarea corectă a CBP, atât în sens cranial cât şi caudal, până la completa vacuitate a lumenului canalar ; nu trebuie să fim niciodată convinşi aprioric de vacuitatea CBP, întrucât aceasta poate fi înşelătoare şi poate compromite intervenţia ; ne vom baza pe documente obiective de genul colangiografiei, a echografiei sau coledocoscopiei intraoperatorii.

3. Dacă este vorba de calculi inclavaţi distal, vom combina manevrele endocanalare cu cele de presiune din afară, prin intermediul peretelui coledocian sau duodeno-pancreatic ; dacă acestea nu sunt suficiente, vom fi nevoiţi să realizăm duodenotomia, care să ne permită o papilo-sfincterotomie de degajare.

H. TIMPUL COMPLIMENTAR, de REZOLVARE A DEFECTULUI CANALAR trebuie realizat în funcţie de o multitudine de factori care ţin de etiologie, de leziunile locale, de bolnav etc., etc, şi care poate însemna :

1. **Coledocotomia ideală** sau **sutura primară a CBP,** puţin practicată ca atare întrucât reclamă întrunirea obligatorie a 4 deziderate **:**
   - = bilă neinfectată,
   - = lumen liber,
   - = ODDY permeabil şi
   - = pereţi coledocieni de calitate. Neîndeplinirea acestor condiţii poate determina complicaţii severe : angiocolite, fistule biliare, peritonită biliară etc.

☞ **Autorul se arată partizanul suturii primare a CBP dar sub protecţia unui drenaj biliar extern transcistic, modalitate pe care o consideră superioară altor modalităţi de drenaj.**

2. **Drenajul biliar extern (Vezi 28 - X)**

3. **Anastomozele bilio-digestive (Vezi şi 29 - X şi 30 - X),** de tip :

a. coledoco-duodenale, creditate cu cel mai mare procent de angiocolită postoperatorie (să nu uităm că acestea sunt şi cel mai frecvent folosite), sau

b. coledoco-jejunale (mai rar implicate în angiocolitele postoperatorii întrucât se află în afara fluxului digestiv comun).

Anastomozele bilio-digestive au indicaţii bine precizate, realizează un drenaj intern cu caracter definitiv, reprezintă o soluţie de necesitate şi sunt urmate de bune rezultate, atunci când sunt respectate indicaţiile,

legate de :

= conţinutul canalar : litiază postoperatorie (restantă, recidivată etc.), intrahepatică, împietruire de CBP, chist hidatic rupt în căile biliare etc.

= starea morfo-funcţională a căii biliare : căi biliare foarte dilatate, monstruoase, fără posibilitatea unei recalibrări ulterioare, cu leziuni distrofice ;

= starea zonei papilo-oddiene : oddite scleroase, neoplasm de cap de pancreas, neoplasm ampular, pancreatită cronică cefalică etc.;

= starea generală a bolnavului sau starea loco-regională : bolnavi cu tare organice, obezi, în vârstă, care nu mai pot suporta reintervenţii corectoare, duoden profund modificat de intervenţii anterioare, permeablitate îndoielnică a papilei etc.

4. **Intervenţiile sfincteropapilare** (papilo-sfincterotomia sau papilo-sfincteroplastia) reprezintă - în fond - coledocotomii terminale care au indicaţii bine precizate ; dacă unii autori au abuzat de aceste intervenţii, în cele din urmă, indicaţiile au fost restrânse, rămânând doar ca modalităţi valoroase pentru anumite situaţii.

◆ Intervenţiile papilo-oddiene pe cale endoscopică, uneori chiar în condiţii de ambulator, reprezintă un progres de prim ordin, care au schimbat şi vor schimba încă, prognosticul unora dintre afecţiunile biliare.

XI INCIDENTE şi ACCIDENTE INTRAOPERATORII

A. Dificultăţile în descoperirea şi izolarea CBP sunt frecvente, legate mai ales de remanierea produsă de procesele patologice din regiune ; dar chirurgul antrenat poate duce la bun sfârşit descoperirea şi eliberarea pediculului hepatic şi a căii biliare ; anatomia trebuie recunoscută prin disecţii atente, având sub control permanent pedicului hepatic, folosindu-ne de disecţii hidrice sau de puncţii exploratorii ; CHAMPEAU a imaginat "manevra eroică" de secţiune a elementului celui mai superficial al pediculului hepatic, care nu este altul decât coledocul, dar care nu rămâne decât ca menţiune greu de acceptat în practică sau chiar ca o ... glumă chirurgicală (!) ; uneori o cateterizare transduodenală a papilei poate fi binevenită, cu condiţia ca aceasta să fie corect reperată.

B. Hemoragia poate surveni prin leziuni vasculare diverse (hepatică,

portă, cavă inferioară) şi sunt posibile şi citate ; accident deosebit de serios, acesta reclamă multă stăpânire de sine, tehnicitate şi experienţă minimă în chirurgia vasculară.

C. Leziunile CBP, prin deşirare, secţiune completă sau concomitentă a peretelui coledocian posterior ş.a.m.d., pot pune bolnavul în situaţii critice şi pe chirurg într-o postură delicată.

D. Accidentele legate de plasarea incorectă a tuburilor de drenaj biliar, anastomoze inadvertente, plasarea " coledocotomiei " la nivelul unui cistic foarte lung şi dilatat, leziuni ale convergenţei etc., pot surveni şi sunt citate, reprezentând accidente de ordin tactic care reclamă timpi operatori corectori.

XII ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

(Vezi 26 - XII şi 28 - XII)

XIII COMPLICAŢII POSTOPERATORII

COMPLICAŢIILE POSTOPERATORII sunt posibile, mai ales în cazurile dificile :

- Biliragia poate surveni prin suturi sau anastomoze imperfecte sau dezunite.
- Peritonita biliară impune reintervenţia de drenaj.
- Angiocolitele dovedesc imperfecţiunea drenajului biliar.
- Icterul mecanic persistent sau secundar poate avea aceeaşi etiologie.
- Complicaţiile chirurgie biliare în general **(Vezi 26 - XIII)**

XIV SECHELE POSTOPERATORII

Nu se poate vorbi de sechele postoperatorii proprii coledocotomiei, eventualele stenoze posibile fiind rare. Se poate vorbi de sechele numai în context, în legătură cu afecţiunea care a impus coledocotomia sau cu modul de rezolvare a timpului complimentar, de refacere a defectului canalar.

XV REZULTATE, PROGNOSTIC

Depind de contextul în care a fost realizată.

28

DRENAJUL BILIAR EXTERN TEMPORAR

I DEFINIŢIE

DRENAJUL BILIAR EXTERN TEMPORAR este modalitatea chirurgicală prin care se realizează o comunicare pasageră între arborele biliar şi exterior.

- Atributul de " temporar " exprimă necesitatea episodică a acestui gest chirurgical, precum şi participarea lui la reuşita unui complex terapeutic, căruia îi reprezintă unul dintre elemente.
- În practică, se poate vorbi şi de un drenaj biliar extern definitiv, ca soluţie de ameliorare a condiţiilor de supravieţuire a unor observaţii de retenţie biliară, fără alte resurse terapeutice (neoplasme ampulare, de cap de pancreas etc.).

II ANATOMIE CHIRURGICALĂ

(Vezi 25 - II)

III OBIECTIVE şi PRINCIPII

OBIECTIVUL PRINCIPAL al intervenţiei este realizarea unei comunicări directe între arborele biliar şi exterior, cu scop divers :

- Drenaj biliar direct, complet şi eficient, pentru situaţiile în care drenajul natural nu poate fi asigurat în bune condiţii.
- Tratamentul unor leziuni ale ficatului, căilor biliare sau ale zonei papilo-oddiene, prin punerea în repaus funcţional sau prin acţiune

directă.

- Aceeaşi cale poate fi utilizată în anumite situaţii pentru hidratarea bolnavului sau chiar pentru administrarea unor medicamente.
- În scop explorator sau pentru a urmări secvenţele succesive ale unui proces de vindecare sau ameliorare a unor leziuni : cavitate de chist hidatic, oddită scleroasă, pancreatită cronică, recalibrare a CBP etc.

De remarcat faptul că dacă în prima modalitate fluxul lichidian are un sens centrifug, dinăuntru în afară, în celelalte sensul este schimbat, fapt nu lipsit de semnificaţie.

PRINCIPIILE :

1. Drenajul biliar extern trebuie să fie :
   = cât mai direct,
   = cât mai complet ori total, ceea ce asigură o decompresiune canalară eficientă, fără obstacol.
2. Drenajul biliar extern are multiple avantaje :
   = evită coledocotomia ideală,
   = este expeditiv,
   = permite un drenaj complet, direct şi eficient, mai ales dacă se adresează CBP,
   = nu împiedică reluarea fluxului biliar pe cale naturală, ba mai mult,
   = permite o adevărată gimnastică oddiană, prin imprimarea unor presiuni diferite în acţiunea de drenaj,
   = permite tratamentul direct al unor leziuni parietale sau chiar accesul asupra unor elemente din lumenul canalar (calculi restanţi) şi
   = favorizează cicatrizarea unor suturi, a unor leziuni proprii (oddite) sau ale organelor vecine (pancreatite).
3. Dezavantajele drenajului biliar extern, chiar dacă sunt minime, există şi trebuie luate în considerare :
   = suprainfecţie din exterior,
   = modificarea ciclului digestiv, prin sustragerea bilei din circuitul normal, ceea ce poate antrena tulburări digestive sau metabolice ;
   = reprezintă o stare de disconfort pentru bolnav,
   = poate induce iritaţii ale CBP şi
   = este mai greu suportat de bolnavii vârstnici.
4. Condiţiile drenajului extern temporar :
   = subiect nu prea vârstnic,

= stare generală satisfăcătoare ;
= suferinţa oddiană sau de un alt tip trebuie să fie reversibilă spontan sau sub acţiunea tratamentului nostru, iar
= calea biliară să nu fie iremediabil degradată.

5. Suprimarea drenajuilui biliar extern temporar trebuie să urmeze fie restabilirii normale a fluxului biliar fie unei intervenţii care să-l realizeze şi să-l asigure.

IV INDICAŢII şi CONTRAINDICAŢII

INDICAŢIILE drenajului biliar extern sunt foarte variate şi destul de greu de sistematizat ; se poate vorbi de indicaţii care ţin de :

1. Afecţiuni ale căilor biliare extrahepatice, cu :

a. alterarea morfo-funcţională a pereţilor canalari :
= colecistită acută gangrenoasă fără posibilităţi de exereză ,
= secţiuni accidentale sau traumatice ale CBP,
= stenoze posttraumatice, inflamatorii sau tumorale,
= suturi coledociene etc.

b. modificări ale conţinutului canalar :
= angiocolite cu bilă purulentă, septică, angiocolita acută ictero-uremigenă,
= litiaza biliară sub toate aspectele, cu sau fără realizarea unor timpi de îndepărtare a calculilor din calea biliară,
= prezenţa unor corpi străini în CBP : ascarizi, membrane hidatice etc.

c. modificări ale regiunii papilo-oddiene :
= oddite diverse,
= calculi inclavaţi, stenoze sau tumori care nu au putut fi rezolvate sau scurtcircuitate,
= explorări, intervenţii directe cu risc de complicaţii ulterioare.

2. Afecţiuni ale pancreasului :

a. pancreatita acută impune realizarea unui drenaj biliar extern, cu atât mai mult în cazurile în care pancreatita are origine biliară ; drenajul biliar extern suprimă sau reduce posibilitatea refluxului biliar în căile pancreatice şi poate fi un gest unic sau asociat unei intervenţii directe pe CBP ;

b. pancreatita cronică poate beneficia de drenajul biliar extern prin ameliorările pe care acesta le induce la nivelul zonei papilo-oddiene.

3. Afecţiuni hepatice :

a. chistul hidatic hepatic, complicat sau nu, poate impune asocierea

drenajului biliar extern,

= pentru drenajul complimentar al cavităţi restante sau

= pentru drenajul însăşi al CBP ocupate de material hidatic sau de litiaza posthidatică ;

b. abcesele diverse ale ficatului ;

c. în chirurgia de exereză hepatică, drenajul biliar extern asigură o decomprimare a arborelui biliar şi reduce sau suprimă pierderile biliare la nivelul tranşelor de secţiune şi sutură hepatică ;

d. în traumatologia hepatică, drenajul biliar extern poate evita apariţia peritonitelor biliare, a hemobiliei posttraumatice, a colecţiilor posttraumatice intrahepatice şi favorizează cicatrizarea .

4. În chirurgia gastro-duodenală :

a. pentru punerea în repaus a unei suturi digestive realizate în proximitatea zonei papilare ;

b. în unele traumatisme duodenale sau duodeno-pancreatice, drenajul biliar extern poate avea indicaţii protectoare.

CONTRAINDICAŢIILE sunt limitate şi se referă la :

= persoane în vârstă, la care drenajul biliar extern poate antrena tulburări metabolice greu de tolerat,

= leziuni care reclamă alte soluţii cu caracter definitiv (oddite scleroase ireversibile, neoplasme ampulare etc.).

☞ **Noi considerăm drenajul biliar extern drept un adjuvant de cea mai mare valoare în chirurgia biliară şi a organelor conexe, motiv pentru care nu ezităm să-l aplicăm ori de câte ori ne aflăm în faţa unor semne de întrebare. N-am regretat niciodată că l-am realizat dar ne-am imputat reţinerea faţă de el, în anumite situaţii.**

V PREGĂTIRE PREOPERATORIE

(Vezi 26 - V)

VII ANESTEZIE

ANESTEZIA GENERALĂ este modalitatea curentă şi cea mai convenabilă afecţiunii care impune drenajul biliar extern.

Există situaţii de excepţie, cu gravă alterare a stării generale în care drenajul biliar extern, de tip colecistostomie, poate reprezenta un gest eroic, salvator ; în astfel de situaţii **ANESTEZIA LOCALĂ** ne poate permite plasarea unei sonde PEZZER în fundul veziculei biliare destinse.

ANESTEZIA PERIDURALĂ poate fi utilizată în situaTii de excepţie şi cu precauţii deosebite.

VII INSTRUMENTAR

COMUN - trusa mare pentru intervenţiile abdominale.

SPECIAL :

= instrumentarul pentru explorarea biliară : exploratoare metalice, BENIQUÉ - uri de diverse calibre, exploratoare cu olivă, exploratoare flexibile, sonde NÉLATON etc.;

= instrumentar şi aparatură poentru explorarea radiologică ;

= tubulatură simplă sau specială : sonde PEZZER, tuburi KEHR, CHAMPEAU, CATTEL etc.

= aspirator de calitate etc.

VIII DISPOZITIV OPERATOR

(Vezi 26 - VIII)

IX TEHNICĂ

Drenajul biliar extern transcistic

În marea majoritate a cazurilor ne aflăm aproape de sfârşitul unei intervenţii chirurgicale complexe, cu calea biliară deschisă, drenajul biliar extern urmând să încheie timpul biliar, într-o indicaţie bine stabilită.

A. PREGĂTIREA TUBULUI PENTRU DRENAJ :

- se alege un tub de plastic simplu, de calibru corespunzător căii biliare pe care o drenăm, în aşa fel încât să nu fie nici prea subţire (este ineficient), nici prea gros ; în absenţa unor tuburi adecvate, tuburile de perfuzii mai subţiri ne pot fi de folos ;
- se practică mai multe orificii decalate, pe tot perimetrul capătului distal, pe o distanţă corect apreciată, corespunzătoare căii biliare până la joncţiunea cistică ;
- un fir subţire înnodat în jurul tubului, va marca limita de exteriorizare a tubului, prin bontul canalului cistic ;

B. PLASAREA TUBULUI BILIAR nu are nimic deosebit de menţionat, este o manevră simplă, care se poate realiza fie prin introducerea directă a tubului, prin bontul canalului cistic, în calea biliară distală sau prin linia de incizie a căii biliare şi exteriorizat retrograd prin cistic, folosindu-ne de reperul aplicat pe tub.

C. FIXAREA TUBULUI DE DRENAJ este de asemeni o manevră logică, aplicând un fir ligatură în jurul bontului cistic, pe care-l vom strânge dozat, până când tubul este bine solidarizat cu bontul canalului cistic şi nu mai " joacă " în lumenul cisticului.

D. SUTURA DEFECTULUI CBP se face în mod obişnuit, cu fire separate nerezorbabile, subţiri, pe cât posibil sertizate, cu puncte de sutură plasate la cca 1,5 mm de marginile secţiunii coledociene şi la 1,5 mm unul de altul, în raport cu grosimea peretelui coledocian.

E. VERIFICAREA ETANŞEITĂŢII SUTURII CANALARE se face prin introducerea dozată, fără exagerare, a unei cantităţi de ser fiziologic sau xilină, pe tubul biliar, cu grija de a nu vehicula bule de aer care ulterior, la controalele postoperatorii, ne pot înşela, putând fi luate drept calculi ; la nevoie vom aplica fire suplimentare de etanşare.

F. ETANŞEITATEA SUTURII poate fi verificată şi cu ocazia colangiografiei de control, care încheie timpul coledocian şi care poate avea valoare orientativă pentru calculii uitaţi, dar şi una de document, pentru urmărirea evoluţiei CBP în timp.

G. EXTERIORIZAREA TUBULUI DE DRENAJ BILIAR, după tehnica noastră, se va face prin lumenul unui tub de politen, ceva mai gros decât tubul biliar, trecut prin peretele abdominal, în flancul drept, cât mai aproape de " zero "-ul coledocian ; acest tub " de gardă " se află în abdomen în vecinătatea coledocului, va asigura protecţia tubului biliar împotriva comprimării sale, va realiza o acţiune de " contră " la extragerea tubului, evitând tracţiunile exagerate asupra CBP şi, în plus, se va decolmata la extragerea tubului biliar, asigurând permeabilitatea pentru zilele următoare.

H. CONTROLUL, TOALETA, DRENAJUL OBIŞNUIT şi REFACEREA PERETELUI ABDOMINAL decurg în mod obişnuit şi încheie intervenţia chirurgicală.

X VARIANTE TEHNICE

A. COLECISTOSTOMIA este modalitatea cea mai simplă pentru realizarea drenajului biliar extern dar, în acelaşi timp, şi cea mai puţin eficientă, nefiind un drenaj direct pentru CBP şi zona papilo-oddiană ; reclamă un cistic permeabil, de care nu putem fi siguri întotdeauna şi va fi rezervată afecţiunilor veziculare sau, cel mult, pancreatitelor acute în care alt gest biliar nu este posibil.

B. DRENAJUL COLEDOCIAN este considerat drept drenaj biliar

major sau principal şi poate fi realizat în mai multe variante :

1. **Drenajul de tip KEHR**, cunoaşte răspândirea cea mai largă şi foloseşte tubul special în " T ", ramura scurtă, orizontală, fiind plasată în calea biliară, în timp ce ramura lungă, perpendiculară pe prima, este exteriorizată prin peretele coledocian şi, mai departe, prin cel abdominal. Acest drenaj comportă mai mulţi timpi :

a. pregătirea tubului are o importanţă deosebită :

= se alege un tub bine calibrat în raport cu CBP : un tub prea subţire nu realizează un drenaj eficient iar unul prea gros, lasă un defect coledocian mai greu de acoperit.

= verificăm calitatea tubului :

- recomandabil este ca tuburile să nu fie refolosite ;
- se verifică starea peretelui tubular care trebuie să-şi păstreze tonicitatea şi elasticitatea şi nu trebuie să se cudeze uşor
- tubul trebuie să fie rezistent, iar
- sudura dintre cele două ramuri trebuie să fie perfectă (detaşarea celor două ramuri şi sechestrarea ramurii scurte în CBP va fi foarte greu de explicat pentru bolnav, aşa cum s-a petrecut într-unul din cazurile noastre) ;
- se verifică permeabilitatea/etanşeitatea tubului, prin jet de ser fiziologic sau xilină, evitând introducerea bulelor de aer.

= se secţionează capetele tubului scurt după lungimea CBP, în aşa fel încât el să nu se angajeze pe unul dintre canalele hepatice şi nici să blocheze zona papilo-oddiană sau să se cudeze în CBP ; mulţi dintre practicieni secţionează în lung ramura scurtă a tubului, pe care o transformă într-un " uluc " sau practică mai multe orificii pe acest segment al tubului ;

= măsurătorile şi probele tubului faţă de CBP sunt absolut necesare, bine înţeles fără a exagera.

b. introducerea tubului KEHR în CBP se realizează prin manevre logice : se introduc pe rând extremităţile ramurii scurte în canal, cu atenţie pentru a nu produce cuduri ; se verifică plasarea corectă a tubului, care trebuie să fie uşor de mobilizat în axul CBP ;

c. sutura peretelui coledocian se face în mod obişnuit, cu fire nerezorbabile subţiri, de o parte şi alta a ramurii lungi a tubului KEHR, în aşa fel încât acesta rămâne plasat la mijlocul suturii sau în punctul ales de chirurg. Amănuntul pare lipsit de importanţă dar ceea ce este mai sigur este că tubul nu trebuie să se exteriorizeze printr-unul din unghiurile liniei de incizie coledociană ;

d. verificarea etanşeităţii suturii sau colangiografia de control, şi

e. exteriorizarea tubului KEHR prin peretele abdominal, separat, alături de tubul de gardă sau prin lumenul acestuia, încheie intervenţia propriu-zisă.

2. **Drenajul de tip CHAMPEAU-PINEAU** se realizează tot cu tub KEHR dar extremitatea distală a ramurii scurte trece în duoden, prin papila oddiană ; este riscant întrucât poate jena drenajul pancreatic sau poate determina pancreatite acute prin iritaţie locală.

3. **Drenajul de tip CATTEL** utilizează un tub special care are configuraţia căilor biliare, cateterizând şi canalele hepatice.

4. **Drenajul transomfalic BURLUI** utilizează pentru exteriorizarea tubului de drenaj biliar, vena omfalică repermeabilizată.

5. **Drenajul biliar extern transcistic** (descris) este considerat, clasic, drept un drenaj minor.

☞ **Pentru autor el reprezintă modalitatea preferată, considerând-o superioară tuturor celorlalte tipuri de drenaj :**

- **este la fel de eficient ca toate celelalte modalitaţi,**
- **nu reclamă tubulatură specială ci tuburile de care dispunem,**
- **convine majorităţii cazurilor care, bine înţeles, au un cistic permeabil,**
- **poate fi folosit în egală măsură pentru bolnavii la care nu s-a intervenit pe CBP dar şi la cei cu timp coledocian ;**
- **autorul preferă sutura primară a CBP sub protecţia drenajului transcistic, mult mai avantajoasă pentru cicatrizarea soluţiei de continuitate coledociană ;**
- **absenţa unor unghiuri drepte îl face mai apt pentru extragerea calculilor restanţi şi**
- **după extragerea tubului transcistic, vindecarea locală este mai rapidă, orificiul de exteriorizare aflându-se în afara fluxului biliar principal ;**
- **experienţa acestui tip de drenaj ne-a făcut ca, la cele mai mici semne de bilă modificată, să nu ezităm să instalăm drenajul biliar transcistic ; nu ne-a produs nici un fel de inconveniente sau neajunsuri ba, dimpotrivă, am avut de regretat când, cumpănind între a-l realiza sau nu, am ales varianta din urmă.**

6. Drenajul transpapilar este exteriorizat prin papilă şi, mai departe, prin

peretele duodenal à la WITZEL sau pe cale naturală duodeno-gastro-esofagiană şi convine mai mult pentru situaţiile de plastii, anastomoze în placa hilară, reimplantări de papilă etc.

7. Drenajul cu tub pierdut este o modalitate la care s-a renunţat.

☞ **Autorul a avut un caz în care tubul s-a colmatat cu concreţiuni litiazice şi a reiterat icterul, ceea ce a reclamat reintervenţia, cu care ocazie a fost îndepărtat şi tubul colmatat şi sechestrat, care a refuzat să se " piardă ".**

C. EXTERIORIZAREA TUBULUI DE DRENAJ BILIAR poate fi realizată printr-un orificiu independent, alături de tubul de gardă.

D. COLECISTECTOMIA este obligatorie întrucât drenajul biliar extern perturbă jocul presiunilor iar colecistul devine inutil ; în plus, favorizând staza şi infecţia devine un organ periculos.

XI INCIDENTE şi ACCIDENTE INTRAOPERATORII

A. Dificultăţile în reperajul componentelor căilor biliare extrahepatice pot surveni în cazurile cu infiltraţie, scleroză pediculară sau blocuri aderenţiale ; disecţia atentă, din aproape în aproape, refăcând anatomia obişnuită, luând ca repere sigure, triunghiul bilio-cistic, hiatusul WINSLOW, faţa inferioară a ficatului şi marginea superioară a duodenului, utilizând infiltraţia cu xilină, disecţia pe degetul introdus în hiatus şi eventual, puncţiile exploratorii ş.a.m.d., ne aduc în situaţia de a evita " rătăcirile " printre elementele pediculare.

B. Hemoragia intraoperatorie poate surveni prin leziunea vaselor mici de neoformaţie dar şi a trunchiurilor vasculare mari : hepatică, portă sau cavă ; măsurile cuvenite trebuie luate cu mult sânge rece, în deplină cunoştinţă de cauză : eliberarea câmpului operator, lărgirea lui până la limitele confortului, completarea echipei operatorii şi, mai departe, pensarea pediculară, reperarea precisă a vasului şi sutura în consecinţa ; sunt necesare cunoştinţe de chirurgie vasculară minimă.

C. Leziunile căilor biliare survin în cazurile dificile, pot interesa arborele biliar în diferitele sale segmente, prin manevre brutale, neadecvate sau secţiuni diverse înainte de identificarea formaţiunilor anatomice ; şi acestea cer soluţii de moment, cu cateterizare şi drenaj corect, urmând ca, într-o şedinţă operatorie ulterioară, să restabilim anatomia locală.

D. Incidentele legate de **plasarea incorectă a tuburilor de drenaj,**

răsucite sau cudate, de modalităţi inadvertente de drenaj, ţin mai degrabă de neajunsuri tactice sau de lipsa de orientare în plagă.

XII ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

Îngrijirile generale au în vedere restabilirea diferitelor dezechilibre produse şi compensarea tulburărilor viscerale existente.

Îngrijirile locale au un caracter special :

- sonda de aspiraţie gastrică va fi plasată chiar în timpul operaţiei şi ya fi menţinută 48 - 72 de ore, după caz ;
- trebuie reţinut că drenajul nu funcţionează, în toate cazurile, imediat ci după 24 - 36 de ore, moment care trebuie consemnat ;
- se racordează tubul de drenaj biliar la un recipient oarecare, având grije ca acesta să nu creeze contrapresiuni ; utilizăm pungile de plastic pentru soluţii perfuzabile, spălate şi sterilizate ; au avantajul că sunt cubate, se destind fără dificultate, în raport cu conţinutul, şi pot fi menţinute uşor ; există şi recipiente speciale, cu ajutorul cărora se pot regla şi varia presiunile de evacuare a bilei ; pentru început, recipientul de colectare se va plasa cât mai decliv ;
- odată cu restabilirea fluxului biliar, se va măsura zilnic cantitatea eliminată şi se va stabili o curbă de drenaj, foarte importantă pentru evoluţia cazului şi sesizarea unor abateri de la normal cât şi pentru introducerea pierderilor respective în bilanţul de terapie intensivă ; în mod normal cantităţile de bilă eliminată se înlocuiesc cu cantităţi egale de ser fiziologic ; în ceea ce priveşte debitele eliminate pot exista mai multe variante :
  - = **reducerea cantităţilor de bilă** poate fi urmarea :
    - * nonfuncţionalităţii tubului de drenaj biliar, prin cudare sau obstrucţie ; în aceste cazuri, manevrele de restabilire a permeabilităţii pot restabili fluxul obişnuit ;
    - * apariţia icterului poate trăda reeditarea cauzelor de retenţie biliară, nerezolvate de operaţie şi de drenajul biliar extern sau
    - * insuficienţa hepatică postoperatorie poate duce la reducerea cantităţii de bilă produsă ; în fine
    - * logic este ca, după un timp oarecare, odată cu restabilirea tranzitului digestiv, cantitatea de bilă să se reducă datorită reluării fluxului biliar pe cale naturală ; este situaţia pe care ne-o dorim, pentru care am instalat drenajul biliar şi

acesta corespunde cu o redresare a stării generale a bolnavului, cu revenirea apetitului, cu estomparea fenomenelor de astenie şi cu recolorarea scaunului ; este momentul în care trebuie să începem gimnastica oddiană, fie prin ridicarea recipientului de recoltare a bilei, pentru a creşte presiunea în căile biliare, fie prin pensarea repetată a tubului, pentru intervale din ce în ce mai lungi, pe măsură ce bolnavul suportă întreruperea drenajului respectiv.

☞ **În practica noastră, începând din a 8-a sau a 9-a zi, după caz, preferăm să cuplăm tubul de drenaj biliar la un flacon de ser fiziologic, plasat la înălţime medie, şi să perfuzăm într-un ritm extrem de lent (câteva picături pe minut), în aşa fel încât să creem o oarecare hiperpresiune în sistem şi în acelaşi timp o supapă hidraulică de joasă presiune care, la nevoie, va putea fi învinsă cu uşurinţă de fluxul biliar normal dirijat spre calea naturală.**

= **creşterea debitului biliar**, odată cu diluarea vizibilă a bilei, cu debite care pot depăşi 1000 - 1500 ml pe 24 de ore trebuie să ne facă să suspectăm refluxul duodenal în calea biliară şi, respectiv în tubul de drenaj biliar ; este semnul repermeabilizării dar în acelaşi timp al incompetenţei oddiene; trebuie acordată o atenţie deosebită înlocuirilor de lichide întrucât deshidratarea severă a bolnavului se poate produce.

- bilicultura va fi practicată sistematic sau ocazional, ori de câte ori suspectăm fenomene de retenţie sau de angiocolită ;
- în mod normal, în afara unor indicaţii speciale, drenajul biliar extern trebuie păstrat 12 - 14 zile ; el nu va fi suprimat decât după realizarea unei colangiografii de control, pe tubul de drenaj biliar, care ne va da relaţii importante asupra arborelui biliar şi zonei papilo-oddiene : calibru, vacuitate, permeabilitate oddiană etc. După realizarea colangiografiei (se fac 3 clişee distanţate la câte 5 minute, în aşa fel încât să avem o imagine dinamică a situaţiei actuale, pe care o vom raporta la imaginea de la sfârşitul intervenţiei chirurgicale), tubul de drenaj biliar se mai lasă pe loc timp de 24 de ore, plasat sub zero-ul coledocian, pentru a evita angiocolita post colangiografică, după care se extrage, fără incidente ; se controlează integritatea tubului extras şi se face o bilicultură, pentru a avea un control asupra microbismului local,

pentru eventualitatea unei angiocolite posibile ; urmărim cantităţile de bilă care se mai elimină pe tubul de gardă, pentru ca după alte 24 de ore şi acesta să se îndepărteze ; mai pot persista pierderi biliare sau secreţii în cantitate mică, după care totul reintră în normal.

XIII COMPLICAŢII POSTOPERATORII

COMPLICAŢIILE drenajului biliar extern pot consemna :

- Nonfuncţionalitatea, ceea ce compromite însăşi ideea pentru care a fost instituit şi impune elucidarea şi suprimarea cauzelor care împiedică un drenaj corect ; în caz contrar, complicaţiile pot surveni : angiocolită, icter progresiv, colangită, fistulă biliară etc.
- Angiocolita ascendentă este o complicaţie gravă şi greu de tratat ; survine în cazurile în care drenajul biliar este insuficient ; în condiţiile comunicării cu exteriorul, staza biliară determină septicitate iar termenul final poate fi reprezentat de abcesele intrahepatice multiple sau, şi mai grav, de colangita supurată gravă, adesea fatală, fără răspuns la tratamentul complex instaurat.
- Fistula biliară externă, după suprimarea drenajului biliar denotă obstacol canalar sub tubul de drenaj, lipsa de pasaj oddian, deci o indicaţie incorectă de drenaj biliar extern ; de fapt, colangiografia de control, realizată înainte de suprimarea drenajului biliar, studiată corect, ne-ar fi putut arăta cauzele posibile ale unei fistulei biliare externe ; se poate încerca, pentru un timp, o dirijare corectă a fistulei la exterior dar reducerea debitului fistulos trebuie să ne ducă cu gândul, mai degrabă la retenţii subhepatice şi nu la închiderea ei. În unele situaţii reintervenţia se impune dacă o tentativă de sfincterotomie endoscopică (elegantă, benignă şi salvatoare) nu rezolvă complicaţia.
- Retenţiile bilio-septice subhepatice pot surveni în absenţa unui drenaj peritoneal eficient şi reclamă măsuri în consecinţă.
- Ruptura tubulaturii de drenaj se poate produce, cu sechestrarea unor fragmente oarecare (capete de PEZZER, ram scurt de KEHR etc) care vor reclama diverse manevre de extragere sau chiar reintervenţii adevărate.

XIV SECHELE POSTOPERATORII

- Aplicat cu discernământ, cu indicaţii corecte şi după o tehnică impecabilă, drenajul biliar extern reprezintă o modalitate

terapeutică de interes deosebit care, odată suprimat, nu lasă sechele.

- Acestea sunt posibile dar trebuie considerate în context, aparţinând afecţiunii care a recomandat drenajul biliar şi care, de fapt, poate antrena tulburări cu caracter sechelar.
- În unele situaţii, păstrarea îndelungată a unui drenaj biliar extern poate duce la stenoză, prin iritaţii locale importante sau prin procese de pediculită preexistentă sau evolutivă şi care ne pot aduce în situaţia iniţială, de dinainte de instituirea drenajului biliar extern.
- Unele situaţii impun reintervenţiile corectoare, în care se vor alege alte soluţii.

XV REZULTATE, PROGNOSTIC

- Rezultatele şi prognosticul nu sunt specifice drenajului biliar extern, prin el însăşi, ci afecţiunii care l-a recomandat.
- În general, drenajul biliar extern, element terapeutic episodic, este bine suportat de bolnavi, cu prognostic favorabil, dar numai în contextul afecţiunii de fond şi al respectării indicaţiilor şi elementelor tactico-tehnice.

29

COLEDOCO - DUODENOSTOMIA

I DEFINIŢIE

COLEDOCO-DUODENOSTOMIA este intervenţia chirurgicală prin care se realizează o comunicare directă şi permanentă între coledoc (calea biliară principală) şi duoden.

II ANATOMIE CHIRURGICALĂ

(Vezi 15- II şi 27 - II)

III OBIECTIVE şi PRINCIPII

OBIECTIVUL PRINCIPAL al intervenţiei este realizarea unei comunicări directe între coledoc şi duoden, cu scurtcircuitarea segmentului canalar subanastomotic. De remarcat că nu întotdeauna coledocul este cel care participă la anastomoză ci hepato-coledocul sau, mai corect, calea biliară principală - CBP.

PRINCIPII :

- Intervenţia face parte din grupul anastomozelor bilio-digestive şi este cea mai frecvent practicată.
- Fiind vorba de organe în raport apropiat, anastomoza realizează deziderатul de simplitate şi funcţionalitate, superior altor tipuri de derivaţii.
- Pentru realizarea unei derivaţii eficiente, calea biliară trebuie să fie suficient de dilatată, în caz contrar eficienţa şi funcţionalitatea ei vor fi puse sub semnul întrebării.

- Duodenul subanastomotic trebuie să aibe libertatea de lumen asigurată.
- Anastomoza realizată trebuie să aibe un calibru suficient, de cel puţin un diametru de CBP ; sub aceste dimensiuni minime apar diverse praguri care favorizează retenţia, staza şi compromiterea funcţională a montajului.
- Pe cât posibil, segmentul subanastomotic trebuie să fie liber de conţinut, respectiv de calculi ; altfel, colmatarea acestui segment survine rapid, ceea ce poate duce la defuncţionalizarea derivaţiei. Şi aşa există posibilitatea unei colmatări cu resturi alimentare, derivaţia aflându-se cu un pol, pe direcţia principală a fluxului digestiv.
- Colecistul va fi îndepărtat ca un organ inutil şi periculos :
  = inutil pentru că orice derivaţie perturbă jocul presiunilor din arborele biliar şi colecistul nu se mai poate umple şi goli ;
  = periculos pentru că favorizează staza şi infecţia şi poate amorsa fenomenele angiocolitice, destul de frecvente.

IV INDICAŢII şi CONTRAINDICAŢII

INDICAŢIILE derivaţiei sunt numeroase, împărţite cu alte modalităţi de realizare dar prioritară prin facilitatea cu care poate fi efectuată şi prin rezultatele în timp. Astfel :

1. Afecţiuni ale polului biliar superior :
   = litiaza intrahepatică,
   = colangita obstructivă,
   = chistul hidatic hepatic rupt în căile biliare,
   = alte chisturi hepatice parazitare sau neparazitare etc.
2. Afecţiuni care interesează peretele sau conţinutul canalar :
   = dilataţia chistică a CBP,
   = CBP monstruos dilatată, de diverse etiologii,
   = atrezii ale căilor biliare inferioare,
   = stenoze de CBP : postoperatorii sau posttraumatice,
   = litiaza de CBP sau împietruirile care nu ne conferă siguranţa unei evacurări complete, mai ales la persoanele incapabile să sufere intervenţii corectoare ulterioare,
   = pancreatitele nodulare obstructive,
   = cancerul căilor biliare inferioare.
3. Afecţiuni ale zonei papilo-oddiene :

= papilo-oddita scleroasă,
= ampulomul vaterian,
= cancerul ampular,
= cancerul pancreatic etc.

☞ **De subliniat că posibilităţile moderne ale endoscopiei diagnostice şi terapeutice, uneori în condiţii de ambulator, cu posibilitatea de a o repeta ori de câte ori este nevoie, au schimbat foarte mult problematica acestor capitole de patologie, care trebuie reconsiderate din punct de vedere teoretic şi, mai ales, practic.**

CONTRAINDICAŢIILE :

= contraindicaţiile generale ale oricărei intervenţii pe abdomen,
= cazurile în care alte modalităţi terapeutice mai avantajoase pot fi realizate.

V PREGĂTIRE PREOPERATORIE

(Vezi 26 - V)

VI ANESTEZIE

(Vezi 26 - VI)

VII INSTRUMENTAR

(Vezi 27 - VII)

VIII DISPOZITIV OPERATOR

(Vezi 27 - VIII)

IX TEHNICĂ

Coledoco-duodenostomie supraduodenală latero-laterală, pentru neoplasm de cap de pancreas.

A. CALEA DE ABORD - coeliotomia mediană xifo-ombilicală este cea mai convenabilă.

B. EXPLORAREA intraoperatorie va avea în vedere leziunea pancreatică, arborele biliar în totalitate, ca şi celelalte organe : ficat, stomac, colon etc., în vederea stabilirii unei indicaţii cât mai adecvate şi a fiabilităţii operatorii. De cele mai multe ori, atât colecistul cât şi CBP sunt

dilatate în mod evident.

C. COLECISTECTOMIA (Vezi 26 - IX), este obligatorie şi utilă, întrucât pe canalul cistic secţionat putem realiza o colangiografie intraoperatorie pentru a aprecia extensia neoplazică asupra arborelui biliar inferior.

D. COLEDOCOTOMIA :

1. Se alege nivelul secţiunii canalare, după care coledocotomia longitudinală urmează tehnica obişnuită **(Vezi 27 - IX şi X)**

E. DUODENOTOMIA :

1. Se alege nivelul corespunzător pentru punerea în comunicare cu calea biliară.
2. Uneori poate fi necesară o decolare duodenală minimă, la nivelul marginii superioare, pentru a evita tracţiunile pe anastomoză.
3. Secţiunea duodenală propriu-zisă :
   - = de o parte şi alta a viitoarei linii de incizie, se plasează două fire tractoare care, puse în tensiune moderată, uşurează incizia peretelui duodenal ;
   - = se secţionează faţa anterioară a duodenului I, aproape de marginea superioară, pe distanţă convenabilă, în raport cu calibrul CBP ;
   - = secţiunea este longitudinală, paralelă cu axul organului şi interesează toate straturile duodenului ;
   - = hemostază la nevoie.

De remarcat că secţiunea longitudinală a căii biliare cât şi a duodenului realizează o intersectare a liniilor de tracţiune, care va menţine derivaţia béantă.

F. ANASTOMOZA COLEDOCO-DUODENALĂ :

1. Este o anastomoză în două tranşe, într-un singur plan, cu fire separate nerezorbabile.
2. Se realizează tranşa posterioară, cu fire totale, înnodate în lumen.
3. Urmează tranşa anterioară, cu fire separate, totale, eventual cu fire "în 8".
4. Controlul etanşeităţii şi, eventual, aplicarea unor fire suplimentare perfectează derivaţia.

☞ **Atenţie la trecerea şi strângerea unora dintre fire : firele de capăt sau de colţ de pe CBP sunt firele de mijloc ale tranşei duodenale şi, în acelaşi timp, firele cele mai tensionate, pentru ambele tranşe dar mai ales pentru cea anterioară.**

G. CONTROLUL,TOALETA, DRENAJUL PERITONEAL şi

REFACEREA PERETELUI ABDOMINAL încheie intervenţia operatorie.

X VARIANTE TEHNICE

D. Coledoco-duodenostomia :

1. Cu secţiunea transversală a CBP : reclamă o atenţie particulară asupra marginilor coledociene, care trebuie izolate mai mult ; sutura nu are puncte de tensiune maximă şi poate conveni mai ales căilor biliare foarte dilatate.
2. Anastomoza coledoco-duodenală termino-laterală implică secţionarea transversală a CBP, cu sau fără ligatură a capătului distal ; bontul coledocian se implantează în duoden ; poate predispune la stenoze dacă nu avem un calibru coledocian corespunzător ; unii autori au imaginat procedee antireflux pentru acest tip de derivaţie, care pot conveni pentru situaţii deosebite.
3. Coledoco-duodenostomia internă se realizează pe cale duodenală, după ampulectomia vateriană sau după papilosfincterotomia extinsă ; desigur că această derivaţie are atributele unei derivaţii ideale dar dificultăţile sale nu trebuie minimalizate.

F. Anastomoza în dublu plan.

☞ **Trebuie menţionat că la nivelul CBP, cu perete subţire, este mai greu de realizat un al doilea plan care, dealtfel, este şi inutil, întrucât cel puţin câteva fire vor avea şansa de a fi penetrante pentru canalul biliar, ceea ce face iluzoriu cel de al doilea plan ; este mai corect să realizăm o sutură corectă într-un singur plan decât să aplicăm nişte fire în plus.**

XI INCIDENTE şi ACCIDENTE INTRAOPERATORII

A. Lezarea vaselor din zonă este de risc minim dacă regiunea este bine expusă şi se respectă datele de tehnică.

B. Coledocotomia prea lungă sau prea înalt plasată creşte riscul de a nu putea realiza o derivaţie în bune condiţii, necesită decolarea şi mobilizarea duodenului şi presupune suturi în tensiune ; în unele situaţii suntem obligaţi să renunţăm la anastomoza coledoco-duodenală, în favoarea unei derivaţii coledoco-jejunale care întruneşte cele mai multe avantaje dar este şi mai pretenţioasă din punct de vedere tehnic.

C. Secţiunea incorectă a peretelui coledocian, efiloşarea marginilor canalare pot pune probleme de trecere repetată a firelor, ceeace este în măsură să crească riscul de dezunire.

XII ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

Îngrijirile generale au în vedere restabilirea unor dezechilibre biologice sau viscerale şi vor contiua măsurile preoperatorii.

Îngrijirile locale nu au nimic particular.

XIII COMPLICAŢII POSTOPERATORII

COMPLICAŢIILE POSTOPERATORII pot consemna :

- **Anastomoza nefuncţională** poate fi urmarea unei tehnici necorespunzătoare sau a unei indicaţii incorecte (neoplasm în hil ş.a.) ; în general, anastomoza funcţionează după 2 - 3 zile, când presiunile din arborele biliar ating cotele de evacuare.
- **Dehiscenţa de anastomoză** este complicaţia cea mai redutabilă întrucât pune bolnavul în situaţia unei fistule duble : biliare şi duodenale ; fiecare în parte destul de gravă, sumate cresc şi mai mult gravitatea cazului ; dacă drenajul la perete este bine asigurat, pentru ambele componente, cu ajutorul unor sonde de aspiraţie şi de alimentaţie, a unor sonde PEZZER, FOLEY sau meşaje şi cu un tratament general bine susţinut, putem aştepta, urmărind bolnavul din aproape în aproape ; dacă dehiscenţele sunt importante, şansele de peritonită generalizată dar, mai ales, localizată, sunt mari şi ne vor obliga la reintervenţii de drenaj şi de rezolvare a celor două defecte parietale majore : biliar şi duodenal.
- **Peritonitele generalizate, localizate** sau **supuraţiile parietale** pot surveni mai ales la bolnavii cu deficite biologice şi viscerale majore.
- **Complicaţiile generale** sunt comune cu ale chirurgiei biliare în general **(Vezi 26 - XIII)**

XIV SECHELE POSTOPERATORII

- Coledoco-duodenoanastomoza se bucură de o bună reputaţie şi este urmată de vindecări fără sechele sau cu sechele rare, care ţin de comunicarea artificial creată între arborele biliar şi tubul digestiv, de altfel, sechele comune tuturor acestor derivaţii.

- Refluxul duodeno-biliar este o realitate, mai ales radiologică, destul de frecventă, trădată de pneumobilie sau de refluxul substanţei de contrast ; dacă acest reflux este pasager, el nu are traducere clinică şi nu trebuie considerat drept sechelă, atât timp cât nu intervine suferinţa clinică.
- Angiocolita de reflux este mai frecventă în comparaţie cu montajele coledoco-jejunale (care nu sunt lipsite cu desăvârşire de această complicaţie) dar nu trebuie să uităm că acest tip de anastomoză crează premisele refluxului, duodenul fiind un organ cu peristaltică vie şi, în acelaşi timp, că este derivaţia cea mai frecvent folosită în practică ; angiocolita poate avea intensităţi diferite, între episoade fruste şi angiocolite severe, purulente, cu abcese în ficat, fatale prin lipsa de răspuns terapeutic ; se pare că odată cu trecerea timpului puseele de angiocolită devin din ce în ce mai rare până la a deveni episodice sau pot să dispară, funcţie şi de indicaţia de derivaţie.
- Colmatarea coledociană subanastomotică poate defuncţionaliza derivaţia, fie că este vorba de calculi, de material hidatic sau de resturi alimentare refluate şi depozitate ; aceasta survine mai ales în cazurile în care pasajul oddian este absent cu desăvârşire, ceea ce poate antrena reeditarea icterului retenţional şi reclama intervenţia corespunzătoare.
- Stenoza gurii de anastomoză poate surveni la un moment dat, mai ales pe stomiile nerealizate tehnic, fluxul biliar permanent fiind un factor de păstrare a permeabilităţii.
- Obstrucţia duodenală poate să apară, mai ales în cadrul proceselor neoplazice, situaţie în care suntem obligaţi la o gastro-enteroanastomoză iterativă, dacă precauţii iniţiale nu ne-au îndemnat la o asemenea derivaţie concomitentă.

XV. REZULTATE, PROGNOSTIC

- Acestea depind de afecţiunea care a reclamat derivaţia ;
- Cazurile benigne se bucură de un prognostic favorabil, în timp ce
- Indicaţiile de ordin oncologic reprezintă doar elemente terapeutice cu caracter paliativ, satisfăcătoare pentru un timp limitat.

30

COLECISTO - ANTROSTOMIA

I DEFINIŢIE

COLECISTO-ANTROSTOMIA este intervenţia chirurgicală prin care se realizează o comunicare directă între vezicula biliară şi regiunea antrală a stomacului.

II ANATOMIE CHIRURGICALĂ

(Vezi 26 - II şi 15 - II)

III OBIECTIVE şi PRINCIPII

OBIECTIVUL PRINCIPAL al intervenţiei este reprezentat de realizarea unei comunicări directe şi eficiente, cu caracter permanent, între vezicula biliară şi antrul gastric, în scopul scurtcircuitării unui obstacol în fluxul biliar distal.

- Intervenţia face parte dintre derivaţiile sau anastomozele bilio-digestive şi este creditată cu rezultatele cele mai puţin favorabile, motiv pentru care este şi cea mai rar folosită în practică.

PRINCIPIILE unei intervenţii corecte :

- Existenţa unui cistic permeabil.
- Obstacolul biliar trebuie să se afle sub abuşarea cisticului în calea biliară principală, altfel derivaţia este ilogică şi, deci, ineficientă.
- Sunt situaţii în care derivaţia colecisto-antrală este singura modalitate operatorie chiar în condiţiile unui cistic obstruat, ceea ce ne va obliga să realizăm o anastomoză suplimentară, între colecist

şi CBP dilatată, ceea ce s-a numit derivaţia bilio-digestivă "în rocadă ".

- De la sine înţeles că şi lumenul digestiv trebuie să fie permeabil sau asigurat concomitent, printr-o derivaţie gastro-jejunală.
- Anastomoza colecisto-antrală se realizează în " contracurent ", într-o zonă gastrică foarte activă, cu rol de evacuare şi cu foarte multe şanse de a debita conţinut alimentar în cavitatea veziculară, de unde posibilitatea retenţiilor de conţinut alimentar sau chiar a unor complicaţii : nonfuncţionalitate, obstrucţie, angiocolită.
- Derivaţia colecisto-antrală reprezintă o soluţie paliativă, rezervată unor cazuri depăşite, care nu pot beneficia de alte intervenţii mai eficiente.

IV INDICAŢII şi CONTRAINDICAŢII

INDICAŢIILE. Ca orice anastomoză bilio-digestivă, şi colecisto-antrostomia vizează restabilirea unui flux biliar eficient, deasupra unui obstacol, de cele mai multe ori neoplazic. În consecinţă :

- Indicaţii absolute :
  - = tumorile maligne ale coledocului inferior,
  - = tumorile ampulare,
  - = neoplasmul de cap de pancreas, atunci când alte derivaţii, mai eficiente, nu sunt posibile.
- Indicaţii relative :
  - = tumori benigne,
  - = stenoze coledociene care nu pot beneficia de alte intervenţii.

CONTRAINDICAŢIILE aparţin :

- = cazurilor cu stare generală foarte alterată,
- = bolnavilor depăşiţi oncologic,
- = cazurilor care pot beneficia de intervenţii mai funcţionale.

V PREGĂTIRE PREOPERATORIE

Pregătirea generală vizează compensarea dezechilibrelor biologice şi a insuficienţelor viscerale, în raport cu datele pe care bolnavul ni le oferă ; în marea majoritate a cazurilor, este vorba de bolnavi icterici, cu stare generală alterată, pe fondul evoluţiei unei neoplazii ; nu putem cere prea mult de la pregătirea preoperatorie, care se va limita la asigurarea unui minim biologic şi visceral capabil să facă faţă unei intervenţii cu caracter de paliaţie.

Pregătirea locală nu menţionează nimic particular. Eventual, golirea stomacului plin poate fi necesară.

☞ **Atenţie ! Un stomac plin ne indică lipsa de evacuare gastrică prin obstrucţie duodenală, ceea ce poate ne poate obliga la realizarea unei derivaţii gastro-jejunale concomitente.**

VI ANESTEZIE

ANESTEZIA GENERALĂ cu I.O.T. ne asigură maximum de confort intraoperator, cu mai puţin risc pentru un bolnav fragil, cea care ne va permite o bună explorare intraoperatorie şi stabilirea indicaţiei de anastomoză colecisto-antrală ; rareori această soluţie este hotărîtă preoperator.

VII INSTRUMENTAR

(Vezi 27 - VII)

VIII DISPOZITIV OPERATOR

(Vezi 26 - VIII)

IX TEHNICĂ

Colecisto-antrostomie pentru neoplasm de căi biliare distale.

A. CALEA DE ABORD - coeliotomia xifo-ombilicală ne oferă posibilitatea unei explorări şi a unei decizii corespunzătoare.

B. EXPLORAREA corectă a leziunilor şi a tuturor organelor din regiune ne va da posibilitatea evaluării situaţiei reale, a trecerii în revistă a modalităţilor de rezolvare, respectiv, a tuturor derivaţiilor bilio-digestive posibile pentru ca, în final, să optăm pentru colecisto-antrostomie. Atenţie deosebită trebuie acordată veziculei biliare care, dacă nu este destinsă, trădează fie un cistic nepermeabil fie un obstacol deasupra abuşării cisticului în calea biliară principală. În egală măsură trebuie controlat şi duodenul, obstacolul biliar putând împieta şi asupra tubului digestiv propriu-zis.

C. REDUCEREA TENSIUNII din vezicula biliară poate fi necesară şi va fi realizată prin puncţie simplă ; aceasta ne va ajuta şi la aprecierea poziţiei veziculare în condiţii de vacuitate, în raport cu antrul gastric.

D. ANASTOMOZA COLECISTO-ANTRALĂ presupune :

1. Un plan sero-seros care aduce în contact, pe distanţă de 3 - 4 cm, cele

două organe :

= fundul sau flancul stâng al veziculei biliare, cu

= antrul gastric, pe mica curbură, imediat deasupra pilorului.

2. Secţiunea peretelui vezicular şi gastric se va face pe aceeaşi distanţă de 2 - 3 cm :

= secţiunea veziculară poate avea orice direcţie,

= secţiunea antrală va fi transversală pe axul organului, întrucât are mai mult şanse de a menţine o anastomoză permeabilă.

3. Realizarea planului total posterior, cu fire separate, nerezorbabile subţiri şi a

4. Planului anterior, cu fire separate trecute " în 8 " vor încheia derivaţia.

E. CONTROLUL, TOALETA, DRENAJUL PERITONEAL şi REFACEREA PERETELUI abdominal încheie intervenţia.

X VARIANTE TEHNICE

A. CALEA DE ABORD poate fi o alta : subcostală, paramediană sau transrectală.

D. REALIZAREA ANASTOMOZEI poate avea în vedere şi alte modalităţi :

- secţiunea mai joasă a peretelui vezicular,
- decolarea fundului vezicular de pe patul hepatic,
- secţiunea longitudinală a antrului, toate variantele ţinând cont de raporturile dintre organele intrate în montaj, pentru a evita orice tracţiune, pragurile şi traseele ocolitoare sau deviate,
- anastomoza " în rocadă ".

XI INCIDENTE şi ACCIDENTE INTRAOPERATORII

- În general este vorba de o intervenţie de mică amploare care nu reclamă decolări sau manevre deosebite.
- Se pot cita situaţii în care, la sfârşitul montajului să realizăm că acesta este colabat şi probabil va fi nefuncţional. Incidentul poate proveni din faptul că raporturile dintre colecistul destins şi zona antrală nu mai corespund după evacuarea veziculei biliare. Dacă, cu preţul unor minime decolări nu avem şansa de a asigura o anastomoză permeabilă, este bine să nu lăsăm lucrurile aşa (" las'

că merge ! ") şi să căutăm soluţiile corectoare.

XII ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

Îngrijirile generale sunt comune cu ale tuturor intervenţiilor pe abdomen, continuând tratamentul preoperator iniţiat, în raport cu starea generală :

- menţinerea sondei de aspiraţie câteva zile ne va putea aduce la exterior o cantitate oarecare de bilă, semn al deversării bilei în stomac ;
- reluarea unei alimentaţii naturale va marca apariţia peristalticii, care va corespunde cu ameliorarea stării generale, cu revenirea apetitului, cu regresiunea icterului şi recolorarea scaunului.

Îngrijirile locale nu au nimic particular.

XIII COMPLICAŢII POSTOPERATORII

- Funcţionalitatea anastomozei nu este imediată şi reclamă mai multe zile pentru a deveni operantă ; este şi logic, dacă ne gândim că arborele biliar a fost golit intraoperator şi că trebuie un timp oarecare pentru realizarea unei presiuni de evacuare ; nonfuncţionalitatea reală a anastomozei, din considerenţe tactice sau tehnice, lasă bolnavul în starea de icter iniţial, care se va agrava cu timpul.
- Dehiscenţa de anastomoză este complicaţia cea mai severă întrucât pune bolnavul în situaţia unei duble fistule : biliară şi gastrică. Bolnavul trebuie urmărit iar drenajul la exterior corect asigurat, pentru a evita peritonita localizată sau generalizată, pentru care se vor lua măsurile cunoscute : sonde de aspiraţie şi de alimentaţie, aspiraţie locală activă, sonde PEZZER sau FOLEY, meşaje etc. Uneori suntem obligaţi să reintervenim pentru că bolnavul, şi aşa aflat într-o stare precară, se poate pierde.
- Angiocolita de reflux poate fi o realitate, cu atât mai mult cu cât cavitatea veziculară poate fi invadată de conţinut gastric şi, incapabilă de a-l evacua, favorizează retenţia, staza şi infecţia.
- Reinstalarea precoce a icterului poate avea drept cauză evoluţia procesului proliferativ care obstruează cisticul.
- Complicaţiile generale sunt posibile la astfel de bolnavi taraţi, în evident deficit biologic şi visceral.

XIV SECHELE POSTOPERATORII

- Angiocolita de diverse grade, urmează linia comună a tuturor anastomozelor bilio-digestive. Fiind vorba de o intervenţie cu caracter paliativ, bolnavul se poate sfârşi înainte de instalarea unor elemente sechelare.

XV REZULTATE, PROGNOSTIC

- Având un caracter paliativ, rezultatele şi prognosticul colecisto-antrostomiei trebuie considerate în context, în raport cu afecţiunea care a reclamat derivaţia.
- Cu toate acestea, pentru o perioadă de timp, anastomoza poate să determine redresarea bolnavului, să-l scoată din icterul neoplazic, şi să-i asigure o stare oarecare de supravieţuire mai confortabilă.

31

SPLENECTOMIA

I DEFINIŢIE

SPLENECTOMIA este intervenţia chirurgicală care realizează extirparea splinei.

II ANATOMIE CHIRURGICALĂ

A. LOJA SPLENICĂ este delimitată de :

- Cupola diafragmatică, care o separă de organele toracice, acoperindu-i întreaga faţă convexă.
- Ligamentul freno-colic stâng sau SUSTENTACULUL LIENAL.
- Rămâne deschisă în partea internă, unde corespunde arrière-cavităţii epiplooanelor.

B. SPLINA, organ limfoid, vascular prin excelenţă,

- Are forma unui ovoid căruia i s-a secţionat o jumătate, după un plan oblic faţă de axul longitudinal.
- La dimensiunile de 13 / 7 / 3 cm
- Şi o greutate de 180 - 200 gr în stare normală, splina este capabilă de hipertrofii şi de volume impresionante, în cursul unor afecţiuni.
- Are o culoare roşie-brună şi
- O consistenţă friabilă.

C. CONFIGURAŢIA şi RAPOARTELE SPLINEI sunte reprezentate de :

1. Faţa externă, convexă, acoperită în întregime de diafragm.
2. Faţa internă este împărţită de o creastă sau margine internă care,

pornind de la polul superior, se bifurcă aproape de polul inferior şi împarte faţa internă în mai multe faţete :

a. o faţetă antero-internă care, la rândul ei, este împărţită de foseta care adăposteşte hilul splenic, în două segmente :

= unul prehilar, în raport cu stomacul şi

= un segment retrohilar, în raport cu pancreasul ;

b. o faţetă postero-internă în raport cu rinichiul şi suprarenala stângă şi

c. o faţetă infero-internă în raport cu colonul.

D. VASCULARIZAŢIA

A R T E R A SPLENICĂ, ram al trunchiului celiac, are un traiect suprapancreatic, urmărind - sinuos - marginea superioară a organului, când anterior, când posterior ; la nivelul hilului splenic realizează un pedicul central şi câte unul polar, ramificându-se în mai multe ramuri :

- pancreatice (5 - 6),
- cardio-tuberozitare posterioare,
- gastro-epiploică stângă şi
- vasele scurte.

V E N E L E, situate retro-arterial, ies din splină într-un buchet de 6 - 8 ramuri şi formează **VENA SPLENICĂ**, voluminoasă, şi care, după un traiect lung se uneşte cu mezenterica inferioară realizând trunchiul mezenterico-splenic care, mai departe, împreună cu mezenterica superioară, formează vena portă.

L I M F A T I C E L E iau naştere din reţelele profunde perivasculare, pentru a se vărsa în ganglionii pancreatico-splenici.

III OBIECTIVE şi PRINCIPII

OBIECTIVUL PRINCIPAL al intervenţiei este reprezentat de extirparea splinei ; pentru anumite indicaţii este necesară, de asemenea, reperarea şi extirparea splinelor accesorii care pot compromite rezultatele operaţiei.

PRINCIPIILE care condiţionează realizarea intervenţiei :

- Splina este un organ vascular prin excelenţă.
- Friabilitatea splenică este cunoscută.
- Splina poate contracta aderenţe importante cu diafragmul, ceea ce poate face ca unii timpi ai intervenţiei să fie dificili.
- Splina este un organ toraco-lombar, subfrenic şi retro-costal ; prin hipertrofie ea devine abdominală dar oricât de voluminoasă ar fi, conexiunile vasculare rămân nemodificate.

- Complexul pancreatico-splenic poate realiza variante pediculare lungi sau scurte, etalate sau înguste, care trebuie cunoscute şi identificate, unele dintre modalităţile operatorii fiind legate tocmai de aceste variante.
- Calea de abord pentru splenectomie trebuie să fie foarte bine aleasă întrucât pătrunderea în loja splenică şi abordarea organului pot fi dificile iar calea de acces poate deveni brusc insuficientă în momentele cheie ale intervenţiei, prin deşirarea pedicùlului, ruptura splinei ş.a.m.d., situaţie în care chirurgul nu va şti ce să facă mai întâi : să lărgească câmpul operator sau să se ocupe de hemostaza presantă ; din acest punct de vedere CHEVRIER afirmă că, mai ales în cazurile de splină mare şi dificilă, " ea trebuie abordată prin acoperişul lojii şi nu prin planşeul său "; în orice caz, chirurgul trebuie să fie convins că o cale de abord adecvată îl poate scuti de neplăceri, motiv pentru care, în anumite situaţii, nu trebuie să ezite în a transforma incizia iniţială în una atipică dar utilă.
- Înainte de efectuarea splenectomiei propriu-zise, pregătirea vaselor splenice, asigurarea cu laţuri de aşteptare sau chiar ligatura acestora pot fi uşor de realizat şi deosebit de utile.

IV INDICAŢII şi CONTRAINDICAŢII

INDICAŢIILE splenectomiei sunt foarte " mobile ", într-o permanentă reconsiderare şi completare, în raport direct cu îmbogăţirea cunoştinţelor despre acest organ încă " misterios ". Există mai multe tipuri de indicaţii :

1.Indicaţii de ordin chirurgical :

a. pe splină normală :
   = traumatismele splenice, într-unul sau " în doi timpi " (mai degrabă un diagnostic " în doi timpi "),
   = rupturile zise " spontane " ale splinei,
   = torsiunea pediculului splenic,
   = anevrismele arterei splenice.

b. pe spline patologice :
   = abcesele splinei,
   = infecţiile splenice : tuberculoză, sifilis,
   = parazitozele splinei : malarie, chist hidatic etc.
   = tumorile benigne sau maligne, primare sau secundare :
      – chisturi adevărate sau pseudochisturi,
      – chistul dermoid,

- angioame şi hemangioame,
- neoplasme etc.

= infarctele splenice.

2. Indicaţiile de ordin medical aparţin unor afecţiuni diverse care, în cursul evoluţiei lor, determină hipersplenism primar sau secundar :

= icterul hemolitic familial, MINKOVSCHI-CHAUFFARD, indicaţie bine fundamentată, care aduce boala într-un stadiu subclinic, compatibil cu o viaţă apropiată de normal.

☞ **Autorul are în atenţie o familie în care a efectuat 8 splenectomii aparţinând la 3 generaţii, din care, cea care a deschis seria, a murit la 69 de ani, la 40 de ani de la splenectomie, în urma unei angiocolite acute ictero-uremigene prin împietruire de CBP ;**

= eliptocitoza ereditară,
= trombocitopenia esenţială,
= thalassemia major,
= boala HODGKIN,
= limfoamele NEHODGKINIENE,
= mielofibroza idiopatică,
= ciroza hepato-splenică BANTI etc.

3. Indicaţii extrasplenice :

a. splenectomiile tactice din cadrul gastrectomiei totale sau lărgite, pancreatectomiilor caudale etc.;

b. splenectomia tactică pentru realizarea unor derivaţii porto-sistemice, în cadrul hipertensiunii portale.

4. Indicaţii discutabile :

= splinele mari, de diverse etiologii, cu stare de disconfort evident pentru bolnav şi cu mare risc de ruptură,
= tuberculoza primară,
= sindromul FELTY, anemiile aplastice,
= splenomegalia egipteană, kala-azar,
= sarcoidoză, lupus eritematos, unele leucoze etc.

CONTRAINDICAŢIILE sunt reprezentate de :

- ◆ Contraindicaţiile oricărei intervenţii de amploare la bolnavi în stare deosebit de precară.
- ◆ Copiii mici, care sunt lipsiţi, prin splenectomie, de principalul lor organ imunitar.
- ◆ Anemiile severe.
- ◆ Gravele alterări ale mecanismelor de coagulare.

- Afecţiunile cu răspuns corect la tratamentul medical, cel puţin ca o contraindicaţie temporară.
- Indicaţii insuficient fondate.

V PREGĂTIRE PREOPERATORIE

PREGĂTIREA PREOPERATORIE presupune :

- Pentru indicaţiile absolute (traumatisme cu hemoragii severe, infarcte etc.) pregătirea preoperatorie trebuie să fie de scurtă durată şi energică, uneori efectuată chiar pe masa de operaţie ; în unele situaţii determinarea grupului sanguin este singura măsură preoperatorie logică ; în cazurile în care avem un răgaz oarecare, pregătirea biologică şi viscerală va încerca să asigure un minimum compatibil cu o intervenţie chirurgicală.
- Pentru cazurile cronice şi, mai ales pentru indicaţiile de ordin medical, pregătirea preoperatorie este complexă şi vizează toate echilibre_le afectate : anemie, trombocitopenie, hipofibrinemie, hipoproteinemie, deshidratare, dezechilibre electrolitice, ale coagulării etc., ca şi redresarea viscerală comună, după caz.

Pregătirea locală nu are nimic particular.

VI ANESTEZIE

Splenectomia poate fi o intervenţie facilă dar, în numite situaţii, ridică unele probleme tehnice şi poate fi grevată de accidente intraoperatorii serioase ; reuşita unei splenectomii este în egală măsură dependentă de o bună anestezie şi de o reanimare intraoperatorie de calitate, singură **ANESTEZIA GENERALĂ cu I.O.T.** intrând în discuţie. Chiar când diagnosticul intraoperator este o surpriză şi ne aflăm într-un alt tip de anestezie, de conducere spre exemplu, nu trebuie amorsată splenectomia înainte de a fi instituită anestezia generală.

Nu este lipsită de interes asigurarea bolnavului cu un cateter venos care să ne permită un debit lichidian generos.

VI INSTRUMENTAR

COMUN - trusa mare de instrumente pentru chirurgia abdominală.

SPECIAL - pense solide pentru pediculul splenic, pense hemostatice lungi, valve abdominale late şi adânci, pense vasculare, aspirator de calitate.

VIII DISPOZITIV OPERATOR

BOLNAVUL - în decubit dorsal comun, cu membrele superioare în abducţie pentru perfuzie şi aparat de tensiune.

ECHIPA OPERATORIE :

1. Operatorul - de partea dreaptă a bolnavului.
2. Ajutorul I - în faţa chirurgului.
3. Ajutorul II - la dreapta ajutorului I
4. Ajutorul III - la dreapta operatorului.

IX TEHNICĂ

Splenectomie pentru splină moderat hipertrofică, cu mobilizarea primară a acesteia.

A. CALEA DE ABORD - coeliotomia mediană supraombilicală, la nevoie prelungită subombilical sau lateral.

B. EXPLORAREA vizează :

- organul interesat, volumul real, consistenţa, conformaţia pediculului, posibilităţile de acces asupra vaselor splenice în afara pediculului, existenţa aderenţelor diafragmatice şi mobilitatea organului, sustentaculul lienal ;
- eventualele spline accesorii, pancreasul, stomacul şi colonul, vezicula biliară şi ficatul, restul organelor din abdomen ;
- aspectul general al vaselor din teritoriul portal ;
- explorarea nu trebuie să aibe doar un caracter formal, datele unei explorări corecte punându-ne în situaţia de a stabili dacă vom avea de-a face cu o splenectomie dificilă sau nu, dacă avem o cale de abord suficientă şi, în consecinţă, să adoptăm tactica şi tehnica cele mai avantajoase.

C. ELIBERAREA şi MOBILIZAREA SPLINEI :

1. În absenţa unor aderenţe cu diafragmul, insinuarea mâinii drepte între faţa convexă a organului şi diafragm, reuşeşte să mobilizeze splina şi s-o superficializeze în câmpul operator, fără dificultate, în timp ce ajutoarele de pe partea stângă îndepărtează peretele abdominal.

2. Operatorul pătrunde apoi, cu mâna stângă îndărătul pedicului splenic, prin marginea superioară a acestuia, în aşa fel încât el poate să comprime elementele pediculare între police şi celelalte degete, chiar dacă mâna respectivă nu poate cuprinde pedicului splenic pe toată lărgimea lui.

3.Având acest suport sigur îndărătul pediculului lienal, cu ajutorul

mâinii drepte, începând cu vasele scurte, din aproape în aproape, operatorul disociază pedicului splenic în pediculi mai mici, pe care-i va pensa rând pe rând şi-i va secţiona, cât mai aproape de splină ; secţiunea pediculară va continua pe toată lărgimea acestuia, ultimul termen fiind pedicului polar inferior împreună cu elemente ale sustentacului lienal şi ale epiploonului gastro colic.

D. ÎNDEPĂRTAREA SPLINEI lărgeşte în mod evident câmpul operator iar înlocuirea penselor pediculare cu ligaturi sigure încheie splenectomia propriu-zisă.

E. CONTROLUL MACROSCOPIC al organului extirpat şi

F. VERIFICAREA CÂMPULUI OPERATOR, după relaxarea pedicului splenic are în vedere bonturile pediculare, coada pancreasului, marea curbură gastrică, sustentaculul lienal, peritoneul parietal posterior şi aderenţele diafragmatice ; în raport cu sângerările posibile sau cu bonturile vasculare nesigure, se vor face corecturile necesare.

G. CONTROLUL CAVITĂŢII, DRENAJUL LOJII SPLENICE şi

H. REFACEREA PERETELUI ABDOMINAL încheie intervenţia chirurgicală care a decurs în cele mai bune condiţii..

X VARIANTE TEHNICE

A. CALEA DE ABORD poate fi diferită :

1. Inciziile verticale : mediane şi paramediane ori transrectale stângi.
2. Inciziile oblice : subcostale stângi, paralele cu rebordul costal sau perpendiculare pe rebord ; marea incizie în " V " răsturnat, paralelă cu ambele reborduri costale, când avem de soluţionat şi o veziculă biliară litiazică etc.
3. Toraco-freno-laparotomiile stângi.
4. Inciziile combinate sau atipice : mediană cu branşare laterală stângă în unghi drept, incizii în " T " etc.

B. LIGATURA PRIMARĂ A VASELOR SPLENICE.

În cazul splinelor foarte mari sau friabile, cu hipertensiune portală evidentă, este mai bine ca înainte de abordul propriu-zis sau de orice altă manevră asupra splinei şi pedicului său, să realizăm o " asigurare " cu laţuri sau, şi mai bine, o ligatură a vaselor splenice ; acestea sunt accesibile iar dispoziţia lor ne permite ligatura fără inconveniente, nu la origine dar la distanţă suficient de mare de pedicului propriu-zis ; în afară de minimalizarea sau înlăturarea riscului de hemoragie intraoperatorie, liga-

tura respectivă - se afirmă - poate reduce din volumul splinei. În fapt, chiar dacă acest considerent este mai mult teoretic şi reducerea de volum este nesemnificativă pentru un organ aflat în suferinţă îndelungată, asigurarea aceasta vasculară nu poate fi decât bine venită.

Asigurarea vasculară începe (logic !) cu accesul asupra arterei, şi apoi asupra venei, relativ facil, prin micul epiploon sau prin epiploonul gastro-colic, în arrière-cavitatea epiplooanelor, la marginea superioară a pancreasului ; ambele vase se disecă circumferenţial, se desprind din ţesutul celular suprapancreatic, suficient cât să aplicăm laţurile de siguranţă sau chiar ligaturile adevărate, fără secţiunea vaselor.

C. SPLENECTOMIA " in situ " poate fi realizată fără luxarea splinei din loja sa, aceasta survenind numai după soluţionarea pedicului splenic.

D. Splenectomia poate evolua dinspre polul inferior, după secţiunea sustentacului lienal, ceea ce ne va facilita accesul asupra feţei convexe a splinei, cu posibilitatea secţionării, din aproape, a aderenţelor dintre splină şi diafragm. De menţionat că aceste aderenţe pot fi bine vascularizate şi ne pot da o sângerare neplăcută, pe care nu trebuie s-o desconsiderăm : cu termocauterul, cu ligaturi simple sau cu fire în " X ", sângerarea trebuie stopată.

E. Pentru splinele cu **pedicul scurt** sau **foarte scurt**, ligaturile pedicului splenic trebuie aplicate aproape de coada pancreasului sau chiar pe aceasta, lucru pe care trebuie să-l avem în vedere ; firele de ligatură trebuie sprijinite pentru a ne asigura impotriva derapajului şi nu vom uita că aceste ligaturi prin ţesutul pancreatic ne pot induce unele necazuri postoperatorii : pancreatită sau necroze, chiar limitate, "febra postsplenectomie" sau supuraţii.

F. SPLENECTOMIA CU EPIPLOOPEXIE. În practica curentă, un număr oarecare de bolnavi splenectomizaţi, dezvoltă o ocluzie postoperatorie mecanică adevarată, care reclamă reintervenţia chirurgicală.

- **Ceea ce este foarte interesant este faptul că în ocluzia respectivă este implicat, aproape întotdeauna, intestinul subţire. Foarte probabil că acţiunea de ventuză a cupolei diafragmatice determină deplasarea intestinului subţire, mai mobil, pentru a umple golul lăsat de splină, deşi alte organe (stomac, colon) se află în raport imediat cu loja splenică.**
- **În consecinţă, pentru reducerea incidenţei ocluziilor post-splenectomie, practicăm blocajul accesului în loja splenică, prin realizarea unei cortine din marele epiploon,**

fixat simplu şi firesc, cu fire separate, la peritoneul parietal, începând dinspre sustentaculul lienal până la nivelul liniei mediane. Gestul chirurgical este uşor de realizat, nu reclamă o tehnicitate particulară ci doar simţul tridimensional al spaţiului, şi este absolut eficient. Trebuie acordată o atenţie deosebită acestui artificiu pentru ca, dimpotrivă, să nu creem fante sau spaţii libere, prin care intestinul subţire să alerge la chemarea diafragmului.

G. SPLENECTOMIA PARŢIALĂ. În anumite situaţii, în cadrul indicaţiilor de ordin chirurgical, nu întreg teritoriul splinei este afectat de procesele patologice ; considerente de ordin teoretic, cel puţin, justifică splenectomia parţială, practicată de unii autori cu succes, cu anumite precauţii pentru suturile tranşelor de secţiune splenică, suturi care trebuie sprijinite sau întărite de epiploon sau alte materiale ; în realitate suntem convinşi că aceste splenectomii parţiale sunt posibile dar ... e mai uşor de realizat o splenectomie sigură decât o sutură splenică cu risc.

În acelaşi sens trebuie amintite

H. SUTURILE SPLENICE sau aplicările locale de **COLURI** ori **LIPICIURI SPLENICE** cu cyanacryli, ca şi

I. SPLENECTOMIA CU AUTOGREFĂ SPLENICĂ. Din experienţa acumulată s-a constatat că anumiţi bolnavi, şi mai ales copiii şi tinerii splenectomizaţi, rămân descoperiţi din punct de vedere imunitar, nu pot face faţă unor agresiuni septice şi pot dezvolta suferinţe grave, uneori fatale, după suprimarea principalului for imunitar al organismului. Ca atare, în special pentru indicaţiile de splenectomie cu parenchim normal, este bine ca după ce s-a practicat splenectomia şi ... mai înainte de a o arunca organul în lighean (!), să recoltăm unul sau mai multe cubuleţe de ţesut splenic, cu latura de cca 1 cm, unele mai din suprafaţă, altele mai din profunzime şi să le plasăm în câte un " buzunar " epiploic, foarte uşor de uşor de realizat cu câteva fire de aţă. Studii serioase au confirmat, după 5 - 6 luni de zile, prezenţa şi activitatea funcţională a acestor fragmente splenice care, fără îndoială că refac suportul imunitar al organismului.

J. LIGATURILE ATROFIANTE cu splenectomie ulterioară au un interes istoric dar nu şi

K. EMBOLIZĂRILE ARTEREI SPLENICE, care pot reprezenta soluţii terapeutice de valoare în anumite situaţii şi, mai ales, pentru copii.

L. Menţionăm, de asemenea, posibilitatea urmăririi echografice a unor hematoame perisplenice traumatice, ceea ce poate insemna evitarea unei splenectomii, mai ales pentru copii şi subiecţii tineri.

XI INCIDENTE şi ACCIDENTE INTRAOPERATORII

◆ Calea de abord nesatisfăcătoare. S-a vorbit mult pe această temă. În realitate, este foarte greu să apreciem preoperator toate datele legate de splină şi de dificultăţile posibile. În schimb, o explorare intraoperatorie corectă, sistematică şi complexă, ne conferă toate elementele pentru a aprecia necesităţile de realizare şi asigurare a unei căi de abord confortabile.

☞ **De fapt - lucru valabil pentru orice intervenţie chirurgicală - toate căile de abord sunt bune ; dar survin anumite momente surpriză, momente dramatice când putem fi surprinşi pe picior greşit : câmpul operator devine brusc insuficient, sângerarea abundentă face câmpul şi mai strâmt, nu mai avem suficiente mâini ca să facem ce este necesar, nu găsim instrumentul potrivit, aspiratorul este inactiv, tensiunea bolnavului scade, ajutoarele nu fac nimic din ce trebuie, nici măcar gesturile elementare, firul în care ne pusesem atâta speranţă se rupe, acul de perfuzie s-a înfundat, trebuie scoasă de sub câmp mâna pentru găsirea unei vene, sângele comandat nu mai vine, nu mai avem relaxare, tensiunea sălii de operaţie creşte ... şi în paralel ... şi pericolul de a pierde bolnavul. Şi toate, mai ales din cauza unei căi de abord insuficiente !**

☞ **Cum asigurarea unui câmp optim se poate realiza numai după o bună explorare iar aceasta se petrece numai după ce am pătruns în abdomen, pledăm pentru coeliotomia mediană supra-ombilicală, care ne dă posibilitatea unei explorări corecte şi, la nevoie, ne permite să o lărgim în mod necesar, în toate sensurile posibile. Este, dacă vreţi, o cale de abord desfăsurată în " în doi timpi " : unul de informare, de orientare, şi altul efectiv, de perfectare a unui câmp optim, confortabil şi sigur.**

◆ Hemoragia intraoperatorie este accidentul cel mai redutabil şi poate surveni în cazul splinelor voluminoase, fixe, cu pedicul scurt, în cazul unei hipertensiuni portale ş.a.m.d.

Originea hemoragiei se poate afla :

= la nivelul parenchimului splenic.

☞ **În această situaţie nu vom pierde un timp inutil cu**

tamponamente sau aplicarea unor suturi, ineficiente, pe parenchim ; mai important este să realizăm splenectomia cât mai repede, în întregime, detaşată în mai multe fragmente sau chiar incompletă : vom avea câmpul operator eliberat de masa cea mai importantă, ceea ce ne permite comprimarea digitală a pediculului splenic şi ne conduce la stoparea hemoragiei ; mai departe, eliberăm câmpul operator, decomprimăm treptat şi cu atenţie pediculul splenic, ceea ce ne va permite hemostaza chirurgicală : reperare-pensare-ligaturare a vaselor splenice ;

= la nivelul pediculului vascular însăşi ; clamparea digitală a pediculului ne va aduce în situaţia să stăpânim hemoragia, după care vom proceda ca mai sus ; uneori, artera splenică " scapă " în plin parenchim pancreatic, realizează un hematom repede extensiv, ceea ce ne obligă la abordul vasului mai spre origine şi eventual realizarea unei pancreatectomii caudale ;

= sursa de hemoragie, mai puţin impresionantă dar mai sâcâitoare prin persistenţă, se poate afla la nivelul aderenţelor cu diafragmul, ceea ce impune reperajul acestora şi hemostaza chirurgicală corectă şi ţintită.

◆ Leziunea organelor conexe : stomac, colon, pancreas, rinichi sau venă renală stângă, poate surveni în cazul splenectomilor foarte dificile ; ceea ce este mai important este ca aceste leziuni să fie recunoscute intraoperator şi, în consecinţă, soluţionate corespunzător ; nu sunt probleme deosebite ; nerecunoscute însă, ele devin sursă de complicaţii postoperatorii severe, care pot pune chiar viaţa bolnavului în pericol.

XII ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

ÎNGRIJIRILE POSTOPERATORII depind foarte mult de afecţiunea care a comandat splenectomia şi vizează reechilibrarea biologică şi viscerală complexă. În plus,

◆ În cazurile de traumatisme, refacerea volemică şi a masei sanguine se află pe primul plan, în raport cu gradul de anemie.

◆ Pentru afecţiunile medicale, cu alterări severe ale tablolului sanguin şi ale mecanismelor coagulării, tratamentul corect, chiar cu titlu preventiv, reduce incidenţa complicaţiilor postoperatorii.

◆ Gimnastica respiratorie şi apoi, mobilizarea precoce, ca şi

- Reluarea unei alimentaţii naturale precoce, au valoare majoră pentru o evoluţie postoperatorie favorabilă.

Îngrijirile locale vizează :

- menţinerea, un timp ceva mai îndelungat, a tuburilor din loja splenică, dată fiind posibilitatea eliminării unor sfaceluri sau necroze de pancreas, dar
- acestea vor fi mobilizate, permeabilizate permanent şi suprimate atunci când tranzitul digestiv este reluat iar tuburile respective devin inactive ;
- uneori poate fi necesar controlul radiologic al cupolei diafragmatice pentru urmărirea evoluţiei pneumoperitoneului postoperator.

XIII COMPLICAŢII POSTOPERATORII

COMPLICAŢIILE POSTOPERATORII sunt posibile chiar după splenectomiile simple sau facile şi depind în mare măsură de indicaţia de splenectomie :

- Hemoragia severă din peritoneu se poate datora derapării unor ligaturi şi este în măsură să ne îngrijoreze ; urmărirea atentă a bolnavului ne poate linişti sau, dimpotrivă, să ne impună reintervenţia de hemostază care are un moment favorabil al ei.
- Starea de şoc poate continua în cazul intervenţiilor laborioase, de durată, cu pierderi mari de sânge şi dezechilibru hemodinamic major ; terapia intensivă trebuie să-şi spună cuvântul în cel mai înalt grad.
- Hemoragia difuză poate surveni prin hipoprotrombinemie sau tulburări complexe ale mecanismelor de coagulare şi reclamă tratament corespunzător.
- Dimpotrivă, în unele situaţii, creşterea numărului de trombocite poate atinge valori deosebite, de 5 - 700.000 sau chiar peste 1.500.000/ml, ceea ce ridică problema utilizării anticoagulantelor, riscul unor tromboze extensive fiind deosebit.
- Hipertermia post-splenectomie este destul de frecventă, are o etiologie încă obscură (pancreatită frustă ?, tromboză limitată ?), nu este susţinută de elemente obiective şi este benignă, cedând la tratamentul simptomatic.
- Hematemezele post-splenectomie pot trăda, de asemenea, o tromboză limitată a teritoriului port sau necroze ale mucoasei gastrice.

- Pancreatitele acute, ca şi fistulele pancreatice, pot surveni după manevrele efectuate pe coada pancreasului sau ca urmare a ligaturilor de la acest nivel.
- Ocluziile intestinale se produc prin angajarea anselor intestinale în loja splenică şi reclamă reintervenţii de degajare (" de ce oare n-am blocat accesul în loja splenică ? ").
- Supuraţiile peritoneale generalizate dar mai ales localizate, ca abcese subfrenice stângi, pot surveni, mai ales în cadrul unor traumatisme abdominale complexe.
- Pleureziile seroase stângi au, de asemeni, etiologie neprecizată şi pot necesita puncţii evacuatorii.
- Fistulele digestive (gastrice, colice, pencreatice) sau urinare pot apare în urma unor leziuni intraoperatorii ignorate.

XIV SECHELE POSTOPERATORII

- Splenectomia este bine suportată de bolnavi, cu excepţia afecţiunilor hematologice, pentru care participarea splenică este doar o verigă iar splenectomia o secvenţă terapeutică .
- Se poate nota, la bolnavul splenectomizat, o stare particulară, explicabilă dacă ne gândim la funcţia de rezervor a splinei (" am alergat şi mi s-a pus splina " - spun copiii !) : este vorba de imposibilitatea bolnavului splenectomizat de a sesiza efortul maximal pe care-l poate depune şi de imposibilitatea de adaptare la acesta.
- Spre deosebire de adultul matur, care suportă bine intervenţia, pentru tânăr, copil, şi mai ales pentru copilul mic, splenectomia poate induce grave deficienţe imunitare şi de apărare ; este motivul pentru care prind contur tot mai mult, tehnicile de sutură splenică şi de implantare a unor fragmente de ţesut splenic în buzunăraşe epiploice sau ale peretelui abdominal.

XV REZULTATE, PROGNOSTIC

- Mortalitatea postoperatorie este redusă în general, mai crescută în cazul indicaţiilor de ordin medical.
- Rezultatele sunt bune iar prognosticul favorabil, în raport cu afecţiunea care a impus splenectomia, existând posibilitatea unei integrări în viaţa familială şi socială normală.

32

NEFRECTOMIA

I DEFINIŢIE

NEFRECTOMIA este intervenţia chirugicală care realizează extirparea unui rinichi.

- Intervenţia presupune şi extirparea ureterului corespunzător, ceea ce face ca intervenţia să fie, în fapt, o nefro-ureterectomie.

II ANATOMIE CHIRURGICALĂ

A. RINICHIUL,

- Organ retroperitoneal, pereche şi simetric,
- Cu forma particulară a unei boabe de fasole, definind forma altor organe sau obiecte (" reniform "),
- Cu dimensiunile de 12 / 6 / 3 cm,
- Se află situat de
  - = o parte şi de alta a coloanei vertebrale,
  - = corespunzător ultimelor două vertebre dorsale şi primelor trei lombare,
  - = cu extremitatea superioară la nivelul coastei a XI-a iar
  - = cu cea inferioară în dreptul costoidei L XII.
- Rinichiul de partea dreaptă este ceva mai jos situat în aşa fel încât, dacă luăm în considerare linia de inserţie a mezocolonului transvers (oblică în sus şi la stânga), rinichiul drept este în totalitate supra-mezocolic în timp ce rinichiul stâng este în egală măsură supra- şi sub-mezocolic.

◆ Orientarea rinichilor este oblică, încât polii superiori se află la cca 3 cm depărarte de coloană, în timp ce polii inferiori sunt la 5 - 6 cm de acelaşi reper.

B. CĂILE EXCRETORII (Vezi 33 - II)

C. FASCIILE RENALE :

1. Rinichiul, învelit în GRĂSIMEA PARARENALĂ A LUI GEROTA,
2. Este acoperit anterior de FASCIA LUI TOLDT şi
3. Posterior de FASCIA RETRORENALĂ A LUI ZUCKERKANDL ;

ambele fascii, separate în partea inferioară, fuzionează la nivelul marginii externe a rinichiului, al pedicululuui renal şi polului superior, după care cuprind într-o dedublare capsula superarenală şi se inseră pe diafragm ; această dispoziţie explică ptoza renală izolată, fără a antrena şi capsula suprarenală şi motivele pentru care colecţiile purulente renale nu afectează suprarenalele.

D. RAPOARTELE RINICHIULUI :

1. Anterior :
   a. dreapta :
      = ficatul, în 3/4 superioare,
      = unghiul colic, în 1/4 inferioară şi
      = duodenul în partea internă (al doilea raport periculos după vena cavă inferioară) ;
   b. stânga :
      = splina, în partea superioară,
      = coada pancreasului şi arrière-cavitatea epiplooanelor, în zona mijlocie,
      = unghiul colic, în partea inferioară.
2. Posterior :
   a. în porţiunea toracică :
      = diafragmul,
      = ultimele două coaste şi
      = sinusul costo-diafragmatic (colecţiile perirenale pot fuza la nivelul pleurei) ;
   b. în porţiunea lombară :
      = muşchiul psoas,
      = muşchiul pătratul lombelor,
      = vasele lombare,
      = micul, marele abdomino-genital şi ultimul intercostal ;
   3. Marginea externă :
      = ficatul şi colonul ascendent, la dreapta,

= splina şi colonul descendent, la stânga ;

4. Marginea internă :
   = apofizele transverse ale primelor vertebre lombare,
   = vena cavă inferioară, la dreapta,
   = aorta, la stânga,
   = sinusul renal.

5. Polul superior :
   = suprarenalele ;

6. Polul inferior :
   = ureterele şi
   = fasciile pre- şi retro-renale.

7. Pedicului renal are următoarea dispoziţie :
   = BVA - Bazinetul, Vena şi Artera, de sus în jos, şi
   = VAB - Vena, Artera şi Bazinetul, dinainte înapoi.

D. VASCULARIZAŢIA

ARTERELE RENALE

- nasc din aortă în dreptul lombarei a doua şi
- se îndreaptă în jos şi în afară, ca şi cum greutatea rinichilor le-ar da această orientare ;
- renala dreaptă este ceva mai lungă şi
- are un traiect retrocav ;
- la nivelul hilului renal, arterele se împart în 3 - 4 ramuri, dintre care unul retro-pielic, ceea ce poate explica unele cuduri ale ureterului.

VENELE RENALE

- nasc din mai multe ramuri la nivelul sinusului renal şi
- se varsă în vena cavă inferioară ;
- de data aceasta vena renală stângă este mai lungă şi are un traiect preaortic, traversând pensa aorto-mezenterică.

LIMFATICELE :

- Limfaticele din partea dreaptă ajung la ganglionii de pe faţa posterioară a venei cave inferioare.
- Cele de pe partea stângă se adună în colectorii de pe flancul stâng al aortei ; de remarcat că limfaticele renale se anastomozează larg cu limfaticele capsulei adipoase, de unde indicaţia de ablaţie a acesteia în cazurile de cancer renal.

III OBIECTIVE şi PRINCIPII

OBIECTIVUL PRINCIPAL al intervenţiei este reprezentat de

extirparea unui rinichi al cărui parenchim este alterat anatomic şi funcţional ireversibil ; nefrectomia implică şi extirparea unui segment cât mai lung din ureterul corespunzător.

PRINCIPIILE care guvernează intervenţia :

- Înainte de orice nefrectomie, chirurgul trebuie să fie absolut convins de necesitatea intervenţiei şi de lipsa oricăror alte posibilităţi de recuperare a funcţiei respective.
- De asemenea operatorul trebuie să probeze existenţa rinichiului opus,
- Că acesta este nu numai prezent ci şi funcţional, şi
- Că nu se află în prezenţa unui rinichi în potcoavă.
- Nefrectomia presupune efracţia lojii renale şi ligatura-secţiunea pedicululuì renal ; elementele vasculare trebuie ligaturate separat, pentru a evita formarea fistulelor arterio-venoase, posibile datorită presiunii mari din ambele vase.

IV INDICAŢII şi CONTRAINDICAŢII

INDICAŢIILE sunt reprezentate de :

1. Infecţii cronice :

a. tuberculoza renală ; este greu de vorbit de unilateralitatea tuberculozei dar nefrectomia, care reprezintă numai o secvenţă a tratamentului antituberculos complex, vizează un rinichi compromis prin retenţie, excluzie şi suprainfecţie ;

b. pionefroza constituie indicaţie de nefrectomie, indiferent de cauza care a generat-o.

2. Tumorile :

a. tumorile benigne impun mai rar nefrectomia, cu excepţia acelora care determină hemoragii severe sau obstrucţii ;

b. tumorile maligne constituie indicaţii certe.

3. Traumatismele :

a. contuziile grave pot impune nefrectomia de hemostază, în faţa eşecului altor modalităţi terapeutice ; în aceste situaţii, nefrectomia ridică pentru chirurg probleme serioase de responsabilitate întrucât, chiar dacă el constată prezenţa rinichiului opus, nu poate cunoaşte valoarea funcţinală a acestuia. ;

b. traumatismele de gravitate medie sunt susceptibile de a răspunde la tratamentul medical hemostatic bine condus şi urmărit, clinic, urografic şi echografic.

4. Alte indicaţii :

a. hidronefroza cu rinichi nul funcţional sau suprainfectat ;
b. chistele renale diverse, parazitare sau neparazitare ; nefrectomia parţială este de încercat.
c. fistulele renale sau ureterale, după epuizarea tuturor modalităţilor de rezolvare ;
d. secţiunea accidentală a ureterului poate reclama nefrectomia dar, de asemeni, numai după ce alte posibilităţi de rezolvare au eşuat.

CONTRAINDICAŢIILE :

1. Boala polichistică nu are indicaţie de nefrectomie deoarece este vorba de o boală bilaterală ; excepţie fac complicaţiile care aduc rinichiul în una din situaţiile de mai sus.
2. Nefrectomia parţială realizabilă poate constitui o contraindicaţie pentru nefrectomia totală.
3. Nefrectomia pe rinichi unic ; există, totuşi, subiecţi cu nefrectomie bilaterală, dependenţi de centrele de dializă extracorporeală.

V PREGĂTIRE PREOPERATORIE

Pregătirea generală vizează reechilibrarea tuturor compartimentelor afectate, ca şi pregătirea viscerală, în raport cu suferinţele constatate. O atenţie particulară trebuie acordată asigurării unei funcţii renale corespunzătoare ; rezultatele unei nefrectomii sunt cu atât mai bune cu cât rinichiul respectiv este mai puţin funcţional, supravieţuirea fiind asigurată de rinichiul sănătos care a preluat întreaga funcţie depurativă.

Pregătirea locală se poate referi, în anumite situaţii, la asigurarea unui flux urinar corect şi la asanarea florei microbiene existente : drenajele active, soluţiile introduse în vezică etc. nu sunt lipsite de valoare.

VI ANESTEZIE

ANESTEZIA GENERALĂ cu I.O.T. este singura care intră în discuţie şi care ne poate oferi toate datele de confort chirurgical.

VI NSTRUMENTAR

COMUN - trusa de instrumente pentru intervenţii mari ;

SPECIAL :

= pense de disecţie, lungi şi fine,
= pense DEGUEUX pentru ureter,
= pense pentru pedicului renal,
= tubulatură pentru drenaj,
= bisturiu electric,

= aspirator etc.

VIII DISPOZITIV OPERATOR

Este funcţie de calea de abord utilizată :

A. CALEA LOMBARĂ :

BOLNAVUL :

= în decubit lateral de partea opusă leziunii,
= în poziţie de maximă cambrare, pentru deschiderea unghiului costo-muscular,
= cu planul membrelor inferioare şi al toracelui coborîte ;
= membrul inferior de aceeaşi parte în extensie, celălalt în flexie ;
= suport pentru fese, umeri şi membrele superioare, acestea din urmă pregătite pentru tensiometru şi perfuzie.

ECHIPA OPERATORIE :

1. Operatorul - în spatele bolnabvului,
2. Ajutoarele - în faţa operatorului.

B. CALEA ABDOMINALĂ sau ANTERO-LATERALĂ :

BOLNAVUL :

= în decubit dorsal, uşor cambrat,
= răsucit de partea opusă,
= cu sul la baza toracelui ;
= membrele superioare în abducţie, sprijinite pe suporţi pentru tensiometru şi perfuzie.

ECHIPA OPERATORIE :

1. Operatorul - de aceeaşi parte cu leziunea,
2. Ajutoarele - în faţa chirurgului operator.

IX TEHNICĂ

Nefrectomie pe cale lombară

A. CALEA DE ABORD :

1. Incizia cutanată, lungă de cca 12 -15 cm, urmează bisectoarea unghiului dintre :
   a. coasta XI - XII (antero-superior),
   b. marginea externă a masei sacro-lombare (postero-superior) şi
   c. spina iliacă antero-superioară (inferior), începând sau sfârşind la un lat de palmă de aceasta ;
2. Secţiunea stratului muscular implică străbaterea a 3 planuri :
   a. superficial, alcătuit din :
      = marele dorsal şi
      = marele oblic, care merg divergent în jos şi formează cu creasta

iliacă triunghiul lui JEAN LOUIS PETIT.

b. planul mijlociu, reprezentat de :

= micul oblic şi

= micul dinţat posterior şi inferior, care împreună cu

-- coasta a XII-a şi

– masa sacro-lombară, formează patrulaterul lui GRYNFELT.

c. planul profund este alcătuit de :

= aponevroza transversă, unde avem de menajat al XII-lea pachet vasculo-nervos intercostal şi cei doi abdomino-genitali.

B. DESCHIDEREA LOJII RENALE :

1. După deschiderea aponevrozei transverse, în plagă apare grăsimea pararenală, de abundenţă variabilă, care se disociază.

2. Se pun în evidenţă cele două foiţe ZUCKERKANDL şi GEROTA, care se secţionează cât mai posterior ; odată cu secţiunea acestor două foiţe, în câmpul operator apare grăsimea perirenală, care este mai clară, mai fluidă şi mai omogenă decât grăsimea pararenală.

C. DEGAJAREA RINICHIULUI se face cu tamponul montat, cu foarfecele bont sau cu indexul şi mediusul stâng, urmărind cele două feţe, marginea convexă, polul inferior şi apoi polul superior ; păstrând rinichiul în mâna stângă, se trece la eliberarea marginii interne, cea mai delicată, mai întâi anterior apoi posterior ; odată rinichiul degajat, se face exteriorizarea organului, utilizând manevra lui MARION, care constă în eliberarea primară a polului superior şi apoi a celui inferior.

D. ELIBERAREA şi SECŢIONAREA URETERULUI se face cât mai jos posibil ; în acest moment, accesul asupra pediculului renal este posibil.

E. SECŢIONAREA PEDICULULUI RENAL :

1. Se prepară pedicului, îndepărtând grăsimea care poate amorsa derapajul ligaturilor, după care se aplică pensele speciale, în aşa fel încât întregul pedicul să fie clampat : în înălţime şi în profunzime, la distanţă convenabilă de vena cavă sau aortă, evitând prinderea bazinetului în clampele pediculare aplicate una în sens invers faţă de cealaltă ; se verifică corectitudinea plasării penselor pediculare şi se secţionează pedicului între acestea şi o altă pensă plasată spre rinichi.

2. Ligatura pediculară se realizează cu fir solid, eventual dublu, separat pentru arteră şi venă, pentru a evita riscul de fistulă arterio-venoasă, posibilă în timp.

F. CONTROLUL HEMOSTAZEI, DRENAJUL LOJII RENALE şi REFACEREA PERETELUI, după reajustarea mesei de operaţie,

încheie intervenţia chirurgicală.

X VARIANTE TEHNICE

A. CALEA DE ABORD realizează cele mai frecvente variante :

1. Calea lombară (descrisă).
2. Calea antero-laterală :
   a. abdominală :
      = extraperitoneală :
         - CHEVASSU,
         - marea incizie transversală PÉAN sau
         - incizia orizontală LOUIS BAZY.
      = transperitoneală, folosită intenţional sau în erorile de diagnostic, când intervenim pentru altă afecţiune şi găsim rinichiul bolnav.
   b. abdomino-toracică, incizia FAY, aproape în exclusivitate pentru rinichiul sus situat şi stâng.
3. Toraco-freno-laparotomia SCHWARTZ QUENU este indicată în cancerele extinse, pionefroze gigante, tumori concomitente suprarenale etc.

B. NEFRECTOMIA CU LIGATURA PRIMARĂ A PEDICULULUI este de realizat în cazurile în care procesele de perinefrită sunt avansate şi nu permit o izolare fără risc a rinichiului ; previne hemoragiile intraoperatorii.

C. NEFRECTOMIA PENTRU TUBERCULOZĂ are în vedere îndepărtarea grăsimii perirenale, susceptibilă de a întreţine supuraţia tuberculoasă şi, în acelaşi timp, va urmări secţiunea cât mai joasă a ureterului, dacă este posibil, cu termocauterul.

D. NEFRECTOMIA PE RINICHIUL ÎN POTCOAVĂ necesită o prealabilă separare a celor două teritorii, fiind necesară asigurarea unei vascularizaţii eficiente şi o cale excretorie corectă pentru parenchimul restant.

E. NEFRECTOMIA PARŢIALĂ poate fi realizată în afecţiunile strict localizate la unul din polii renali, sutura tranşei de secţiune trebuind făcută cu atenţie pentru asigurarea vascularizaţiei şi menajarea căilor excretorii.

G. NEFRECTOMIILE DIFICILE :

- nefrectomia subcapsulară este o formă de intervenţie de necesitate, din cauza atmosferei grăsoase perirenale, degenerate sclero-lipomatos ;
- nefrectomia prin morcelare poate fi reclamată de cazurile cu rinichi

foarte friabil sau grav alterat ;

- uro-pionefroza voluminoasă impune o golire a pungii lichidiene, atât pentru a optimiza câmpul operator cât şi pentru a evita eclatarea intraoperatorie şi poluarea câmpului operator ;
- pentru cancer se va îndepărta cât mai mult din ureter, odată cu grăsimea perirenală şi fasciile renale ;
- nefrectomiile în cazurile de duplicitate ureterală pot ridica unele probleme delicate.

XI INCIDENTE şi ACCIDENTE INTRAOPERATORII

A. INCIZIA INSUFICIENTĂ, prin abord necorespunzător, prea anterior sau prea posterior ; incizia poate deveni brusc necorespunzătoare în cazurile dificile sau de hemoragie din pedicului renal.

B. HEMORAGIA intraoperatorie poate fi urmarea :

- lezării unor vase polare,
- derapării clampelor sau ligaturilor de pe pedicul sau, mai grav,
- prin leziunea venei cave inferioare ; accident sever, acesta reclamă o perfectă stăpânire de sine şi realizarea unei hemostaze corecte, după caz, la vedere şi nu orbeşte : câmp suficient, uscat, pensare digitală, cu pensa vaşculară sau pense comune, şi hemostază definitivă după principiile bine cunoscute.

C. DESCHIDEREA PLEUREI sau a PERITONEULUI reclamă sutură, cu sau fără drenaj.

D. DIFICULTĂŢI ÎN EXTERIORIZAREA RINICHIULUI din cauza atmosferei grăsoase degenerate sclero-lipomatos, datorate unor vase polare sau din cauza volumului renal ; aceleaşi dificultăţi pot surveni la disecţia ureterului.

E. LEZAREA ORGANELOR CONEXE poate surveni uneori, în cazul nefrectomiilor dificile : duoden, colon etc. ; incidentul reclamă reparaţia corespunzătoare a leziunilor ; mai delicată este nerecunoaşterea intraoperatorie a leziunilor care se vor trăda prin complicaţii postoperatorii grave.

XII ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

Îngrijirile generale vizează restabilirea dezechilibrelor biologice şi continuarea compensării deficitelor viscerale.

Îngrijirile locale nu au nimic particular.

XIII COMPLICAŢII POSTOPERATORII

Imediate :

= hemoragia poate surveni prin relaxarea sau deraparea ligaturilor pediculare ; accident major, din cauza intensităţii hemoragiei, vasele renale fiind foarte aproape de marile vase, cu presiune importantă ; reintervenţia de hemostază nu poate fi evitată şi reclamă urgenţă extremă ;

= anuria reflexă sau prin insuficienţa rinichiului restant impune tratament intensiv deosebit de calificat şi, la nevoie, rinichi artificial.

Precoce :

= complicaţiile generale : cardio-vasculare, bronho-pulmonare, trombotice etc.;

= supuraţiile locale şi retenţiile purulente survin mai ales după pionefrozele vechi.

Tardive :

= fistula purulentă poate trăda remanenţa unor fragmente de calculi, a unor corpi străini, tuberculoză cu infectarea atmosferei grăsoase ; în unele cazuri, degenerarea sclero-lipomatoasă a grăsimii perirenale rămase împiedică acolarea planurilor şi menajează cavităţi restante ;

= fistula urinară survine ca urmare a unui reflux în restul de ureter repermeabilizat, ceea ce poate reclama reintervenţii ; mai rar un fragment de parenchim renal poate explica şi întreţine o fistulă urinară ;

= fistulele digestive, duodenală sau colică, devin evidente după rezolvarea unor supuraţii locale şi pot reclama drenaj sau chiar reintervenţii corespunzătoare.

XIV SECHELE POSTOPERATORII

- Nu intră în discuţie dacă rinichiul restant este funcţional.
- Eventraţiile postoperatorii nu sunt rare.

XV REZULTATE, PROGNOSTIC

- Mortalitatea consemnată este redusă.
- Rezultatele sunt favorabile, funcţie de indicaţia de nefrectomie.
- Prognosticul favorabil este regula, cu reintegrare în mediul socio-profesional, cu unele menajamente şi dispensarizare.

33

URETEROLITOTOMIA

I DEFINIŢIE

URETEROLITOTOMIA este intervenţia chirurgicală prin care se realizează extragerea directă a calculilor din ureter, prin incizia peretelui ureteral.

II ANATOMIE CHIRURGICALĂ

A. URETERUL, conduct intermediar între bazinet şi vezica urinară, este unul din segmentele importante ale căilor excretorii urinare.

1. Are o lungime de 25 - 30 cm şi
2. Un calibru inegal, între 3 - 4 şi 9 mm, prezentând 3 strâmtori :
   a. o strâmtoare iniţială, la joncţiunea cu bazinetul,
   b. una mijlocie, iliacă, la încrucişarea cu vasele iliace, conform LEGII LUI LUSCHKA : la 1,5 cm de originea iliacei externe (în dreapta) şi la 1,5 cm deasupra diviziunii iliacei primitive (în stânga) ; la acest nivel ureterul are următoarele rapoarte :
      = anterior :
         - peritoneul parietal posterior, care-l desparte de :
            * segmentul terminal al mezenterului şi de apendice (în partea dreaptă) şi
            * mezosigmoid şi vasele sale, la nivelul marginii superioare a fosetei sigmoidiene (în stânga) ;
      = intern :
         -- spaţiul termino-aortic, cu nervul hipogastric superior,

- ganglionii limfatici promontorieni şi
- promontoriul ;

= extern :

- vasele genitale.

c. o strâmtoare distală, la nivelul joncţiunii cu vezica ;

3. Între cele 3 strâmtori se realizează două " fuse " ureterale : lombar şi pelvin.

a. ureterul lombar, porţiunea cea mai lungă, de 14 - 16 cm, care se află în rapoarte cu :

= posterior :

- muşchiul psoas,
- costiformele lombare, la 1 cm înăuntrul extremităţilor lor şi
- nervii femuro-cutanat şi genito-crural, ramuri ale plexului lombar ;

= anterior :

- peritoneul parietal posterior, de care ureterul este aderent şi se deplasează odată cu acesta, şi care îl separă de :
  * duoden,
  * duoden-pancreas,
  * fascia lui TOLDT, artera ileo-biceco-apendiculo-colică şi
  * porţiunea terminală a mezenterului (în dreapta şi de sus în jos),
  * fascia lui TOLDT şi
  * artera colică stângă superioară (în stânga) ;

= intern :

- vena cavă inferioară şi
- lanţul simpatic lombar (în dreapta), şi
- flancul stâng al aortei şi
- arcul vascular al lui TREITZ (în stânga) :

= extern :

- polul inferior al rinichiului şi ligamentul reno-ureteral,
- colonul ascendent / descendent şi
- vasele genitale care iau naştere din aortă, în dreptul L III şi trec îndărătul ureterului.

b. ureterul pelvin are două segmente :

= un segment parietal, în raport cu :

- peretele lateral al pelvisului, împreună cu
  * vena iliacă externă,
  * nervul obturator,

* ramurile anterioare ale hipogastricei şi
* arterele obturatorie, ombilicală şi genito-vezicală,

– artera hipogastrică, posterior.

= un segment visceral, mai apropiat de viscerele pelvine, de unde

– la bărbat :

* se încrucişează cu artera genito-vezicală,
* trece pe dinaintea extremităţii craniale a veziculei seminale,
* la distanţă şi inferior de canalul deferent, pentru ca
* la baza vezicii să pătrundă în peretele acesteia ;

– la femeie, segmentul visceral are alte două porţiuni :

* ligamentară, în raport cu :
  » artera uterină (înainte) şi cu
  » artera vaginală (îndărăt), care cuprind ureterul într-o pensă arterială, şi cu
  » venele care însoţesc arterele şi realizează une plex pre- şi altul retro-ureteral ;
* în porţiunea preligamentară,
  » ureterul părăseşte baza ligamentului larg şi, pe faţa anterioară a vaginului, pe o distanţă de 15 - 20 mm, ajunge la vezică, pătrunzând în peretele acesteia.

B. VASCULARIZAŢIA

ARTERELE :

1. **Artera ureterală superioară**, din ramul prepielic al arterei renale, este cea mai constantă şi, pe faţa anterioară a organului, coboară până aproape de încrucişarea cu vasele genitale.

2. **Artera ureterală mijlocie** este reprezentată de un grup de vase care vin direct din aortă, din iliaca primitivă sau chiar din hipogastrică ori genitale.

3. **Artera ureterală inferioară** provine din artera vezico-genitală, la bărbat sau uterină, la femeie.

Toate arterele se anastomozează larg între ele şi formează un plex arterial periureteral.

VENELE

Sunt satelite ramurilor arteriale, se varsă în vena cavă inferioară, venele iliace şi plexurile latero-vezico-genitale.

LIMFATICELE

Sunt tributare :

1. **Ganglionilor lombo-aortici superiori** (în treimea superioară),

2. **Ganglionilor lombo-aortici şi iliaci** (în treimea medie) şi
3. **Ganglionilor hipogastrici** (în treimea inferioară).

III OBIECTIVE şi PRINCIPII

OBIECTIVUL PRINCIPAL al intervenţiei este reprezentat de extragerea calculului (mai rar a mai multora) din lumenul ureteral, oprit de cele mai multe ori la nivelul zonelor de strâmtorare naturală sau al unor obstacole câştigate prin procese care evoluează la nivelul ureterului sau al unor structuri din vecinătate.

OBIECTIVUL SECUNDAR vizează asigurarea libertăţii absolute a lumenului ureteral şi îndepărtarea cauzelor care au generat obstacolul, suprimând cauza sau cauzele care pot reedita condiţiile de formare şi reţinere a calculilor.

PRINCIPIILE cerute de o intervenţie corectă :

- Abordul direct asupra punctului sau zonei în care calculul a fost reperat ; abordul mai îndepărtat reduce mult posibilităţile unei litotomii corecte şi sigure.
- Ureterul reclamă o disecţie delicată, pe distanţă convenabilă, pentru a avea asigurată libertatea de acţiune.
- După descoperirea şi secţiunea peretelui ureteral, extragerea calculului se va face cu cea mai mare atenţie, mai puţin pentru a evita fragmentarea lui cât şi pentru a nu produce leziuni ale mucoasei ureterale foarte fine, a cărei vindecare se poate face cu preţul unei stenoze.
- Repararea defectului parietal nu trebuie să devină motiv pentru obstacole ureterale ulterioare.

IV INDICAŢII şi CONTRAINDICAŢII

INDICAŢIILE ureterolitotomiei se împart cu modalităţile endoscopice de extragere a calculilor şi cu cele de litotriţie, şi vizează calculul caliceal sau bazinetal migrat.

Pornind de la aserţiunea că un calcul ureteral este mai periculos pentru rinichi decât unul bazinetal, indicaţiile sunt reprezentate de :

1. Calculul ureteral fără răspuns la un tratament medical corect, efectuat timp de 4 - 7 săptămâni.
2. Cazurile în care manevrele de extragere au eşuat.
3. Cazurile de infecţii pielo-uretero-renale care contraindică tratamentul de eliminare sau extracţie.

4. Leziuni coexistente care împiedică manevrele endoscopice (stricturi ureterale, adenom periuretral etc.).
5. Copiii, la care manevrele de extracţie nu sunt posibile.
6. În cazurile cu rinichi unic, indicaţia este absolută şi de urgenţă.
7. Litiaza ureterală bilaterală, cu riscul de blocaj urinar foarte crescut.
8. Pionefrozele secundare calculilor ureterali neglijaţi.
9. Calculii iliaci şi lombari se pretează mai puţin la manevrele de extragere şi reprezintă indicaţii speciale.

CONTRAINDICAŢII :

1. Calculii ureterali coexistând cu pionefroze avansate, cu rinichi nefuncţional.
2. Coexistenţa unor afecţiuni ureterale subcalculoase (dilataţii ale ureterului terminal, tumori, stenoze subcalculoase etc.), care fac inutilă ureterolitotomia.
3. Contraindicaţiile generale pot intra în discuţie numai în măsura în care însăşi obstacolul ureteral nu contribuie la conturarea acestor contraindicaţii.
4. Cazurile în care tratamentul medical nu a fost încercat.

V PREGĂTIRE PREOPERATORIE

PREGĂTIREA PREOPERATORIE este comună cu a tuturor intervenţiilor care survin pe organe de importanţă vitală şi în raport cu datele prezentate de subiect :

- Asigurarea unei diureze corespunzătoare, prin corectarea dezechilibrelor hidro-electrolitice şi metabolice prezente.
- Tratamentul corect al infecţiilor urinare.
- Compensarea deficitelor organice diverse.
- Evaluarea corectă a funcţiei renale globale este absolut obligatorie, pentru a reduce la minimum surprizele intraoperatorii şi complicaţiile postoperatorii.
- Regimul alimentar de cruţare şi golirea intestinului se impun la majoritatea bolnavilor.

VI ANESTEZIE

ANESTEZIA GENERALĂ cu I.O.T. convine marii majorităţi a bolnavilor, asigurând asistarea şi controlul perfect al tuturor funcţiilor vitale şi conferind posibilitatea unor manevre complexe în deplină siguranţă sau de amplificare a actului operator.

ANESTEZIA DE CONDUCERE (peridurală sau rahianestezie) poate intra în discuţie pentru subiecţii mai puţin vârstnici, cu stare generală foarte bună, la care suntem convinşi că nu ne vom adresa decât ureterului.

VII INSTRUMENTAR

COMUN - tava pentru intervenţii mijlocii ;

SPECIAL :

= depărtătoare, valve late şi adânci,
= instrumentar de disecţie : sonde canelate, disectoare, pense lungi etc ;
= bisturie foarte fine şi tăioase,
= aspirator bun,
= diverse catetere din plastic, sonde ureterale, exploratoare, şnururi textile sau din plastic etc.,
= ace sertizate, cu portace lungi şi fine.

VIII DISPOZITIV OPERATOR

Se alege în raport cu sediul calculului şi cu calea de abord folosită.

*** CALEA ANTERO-LATERALĂ :**

BOLNAVUL - în decubit dorsal, cambrat şi rotat moderat către partea opusă.

ECHIPA OPERATORIE :

1. Operatorul - de aceeaşi parte cu ureterul de abordat.
2. Ajutoarele - în faţa operatorului.

*** CALEA LOMBARĂ, LATERALĂ :**

BOLNAVUL - în decubit lateral de partea opusă, cu masa ruptă de la nivelul toracelui şi membrelor inferioare, cu suporţi pentru fese, membrele inferioare şi superioare.

ECHIPA OPERATORIE :

1. Operatorul - în spatele bolnavului ;
2. Ajutoarele - în faţa chirurgului.

IX TEHNICĂ

Ureterolitotomie lombară, pe cale antero-laterală extraperitoneală

A. CALEA DE ABORD :

1. Incizia începe (sau se termină) pe o linie care uneşte extremitatea

coastei a IX-a cu spina pubisului, mai înaltă sau mai joasă, mai lungă sau mai scurtă, după subiect, şi interesează pielea şi ţesutul celular subcutanat.

2. Incizia planului muscular presupune străbaterea :

= marelui oblic,

= a micului oblic şi a transversului, fiecare în lungul fibrelor sale.

3. Se disociază fascia transversalis şi se pătrunde în spaţiul extraperitoneal, decolând suficient peritoneul împreună cu masa inestinală înainte şi înăuntru.

B. REPERAREA URETERULUI se face cu mare atenţie şi delicateţe, pentru a împiedica fuga calculului (mai rar caudal, mai frecvent cranial) ; trebuie evitată orice atingere a ureterului, reperând proeminenţa reprezentată de calcul, numai cu vederea ; se aplică un laţ de siguranţă în amonte de calcul şi un altul în aval.

C. DISECŢIA URETERULUI pe o distanţă suficientă implică eliberarea lui din celuloasa înconjurătoare.

D. INCIZIA PERETELUI URETERAL se face chiar pe calcul, cu ajutorul unui bisturiu tăios, în axul organului, pe o distanţă suficientă pentru "acuşarea" calculului ; de fapt, atunci când incizia devine suficientă, calculul se exteriorizează cu uşurinţă, la aceasta contribuind şi urina stagnantă de deasupra acestuia, nefiind nevoie de manevre suplimentare ; în caz contrar, cu ajutorul unei curete foarte fine, se poate face extragerea calculului, evitând orice manevre compresive susceptibile de a-l fragmenta.

E. CONTROLUL LUMENULUI URETERAL este absolut obligatorie; pentru a verifica " patul " calculos, care poate fi sediul unor incrustaţii ; de cele mai multe ori, eliberarea lumenului ureteral este urmată de evacuarea unei cantităţi variabile de urină stagnantă care trebuie aspirată ; libertatea de lumen trebuie asigurată pe toată lungimea ureterală şi în ambele sensuri, acordând o atenţie deosebită punctelor de joncţiune bazinetală şi vezicală ; plasarea unei sonde ureterale este necesară pentru a înlesni fluxul urinar şi a evita tensiunea în sutura parietală.

F. SUTURA URETERULUI, delicată, se realizează cu ajutorul unor fire foarte fine, pe cât posibil sertizate, trecute extramucos şi sprijinite pe tunica adventicială.

G. DRENAJUL LOJEI URETERALE şi REFACEREA PERETELUI ABDOMINAL marchează sfârşitul intervenţiei chirurgicale.

X VARIANTE TEHNICE

A. CALEA DE ABORD poate fi :

1. Lombotomia clasică, pentru calculii subpielici **(Vezi 32 - X).**
2. Inciziile transversale, antero-laterale, pentru calculii lombari propriu-zişi.
3. Incizia Mc BURNEY (fără deschiderea peritoneului) pentru ureterul iliac.
4. Calea de abord pentru ureterul pelvin :
   - = mediană subombilicală extraperitoneală,
   - = transversală suprapubiană, deasupra simfizei cu 2 - 3 cm, extraperitoneală,
   - = laterală, paralelă şi la 2 - 3 cm deasupra arcadei crurale sau
   - = pararectală.
5. Calea transperitoneală este mai puţin sau rar utilizată.

B. SUTURA URETERULUI :

1. Ureterul poate rămâne nesuturat, în cazurile în care procesul de periureterită riscă să compromită sutura ; sub protecţia unei sonde ureterale bine calibrate şi a unui drenaj periureteral, pierderile de urină se vor reduce treptat, atestând acoperirea defectului ureteral, în decurs de câteva zile.
2. Ureterul poate rămâne nesuturat şi neprotezat numai în cazurile în care urina este absolut neinfectată şi permeabilitatea ureterală sub ureterotomie certă ; în caz contrar, riscul unei fistule urinare este destul de mare.

XI INCIDENTE şi ACCIDENTE INTRAOPERATORII

- Lumina insuficientă, printr-o cale de abord neadecvată, mai ales în momentele delicate ale intervenţiei, poate îngreuna foarte mult mersul operaţiei.
- Fuga calculului nu este un incident lipsit de însemnătate deoarece presupune manevre care lungesc timpul de operaţie pentru reperarea şi extragerea calculului.
- Fragmentarea calculului poate însemna o poartă deschisă către recidivă şi complicaţii.
- Traiectele efiloşate, neregulate, ale inciziei ureterale pot avea consecinţe neplăcute, ducând la realizarea unei suturi

necorespunzătoare.

- Falsele rute în peretele ureteral creează, de asemeni, dificultăţi şi necazuri operatorului.
- Deschiderea peritoneului reclamă sutură atentă sau chiar plasarea unui tub de dren, dacă avem de-a face cu o infecţie urinară certă.

XI ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

ÎNGRIJIRILE POSTOPERATORII au în vedere tratamentul comun pentru intervenţiile de mai mică amploare :

- Pansamentele şi controlul tubului de dren plasat în proximitatea suturii ureterale, trebuie făcute zilnic iar drenul suprimat când devine inutil.
- Sonda ureterală va fi suprimată după 5 - 8 zile, nu înainte de
- Efectuarea unei ureterografii care ne va da relaţii asupra recalibrăii ureterale şi stării arborelui excretor.
- Urografia de control poate fi utilă în anumite cazuri, pentru urmărirea evoluţiei postoperatorii.

XIII COMPLICAŢII POSTOPERATORII

- Hematuria postoperatorie poate fi uşor explicată prin pierderile sanguine de la nivelul mucoasei ureterale ; dacă nu are un caracter pasager, trădează alte cauze care trebuie elucidate.
- Pierderile urinare se pot prelungi sau chiar permanentiza, ceea ce arată eşecul suturii ureterale, neetanşeitatea ei dar, mai ales, posibilitatea unei lipse de permeabilitate a ureterului sub zona de acţiune a noastră ; fistula urinară impune intervenţia de suprimare a acesteia, după încercarea tuturor posibilităţilor de rezolvare a complicaţiei.
- Infecţia urinară poate însemna exacerbarea unei infecţii latente, ignorate sau un drenaj insuficient.
- Flegmonul urinos reprezintă o complicaţie severă care reclamă un drenaj cât mai amplu şi repetat, susţinut de un tratament general corect.

XIV SECHELE POSTOPERATORII

- Dacă intervenţia a fost corect indicată şi a decurs în cele mai bune condiţii tehnice, ea nu este urmată de nici un fel de sechelă.
- Stenoza este întotdeauna urmarea unei erori tehnice şi poate

reclama o intervenţie corectoare.

- Recidiva calculoasă nu ţine de ureterolitotomia însăşi şi poate demonstra persistenţa cauzelor care au generat litiaza, mobilizarea şi anclavarea iniţială a calculului.

XV REZULTATE, PROGNOSTIC

- Rezultate ureterolitotomiei sunt foarte bune.
- Intervenţia a intrat definitiv în patrimoniul intervenţiilor chirurgicale de valoare. Trebuie subliniate, totuşi, tendinţele moderne de rezolvare prin litotriţie a acestor cazuri care devin neoperatorii tot mai mult.
- Prognosticul intervenţiei este foarte bun, depinzând, în cea mai mare măsură de momentul în care s-a intervenit şi de gradul de compromitere a funcţiei renale.

34

CISTOSTOMIA

I DEFINIŢIE

CISTOSTOMIA este intervenţia chirurgicală prin care se realizează o comunicare directă, temporară sau definitivă, între vezica urinară şi exterior.

II ANATOMIE CHIRURGICALĂ

A. VEZICA URINARĂ, rezervor care asigură spaţiul dintre micţiuni,

- Este un organ unic, nepereche şi median,
- Extraperitoneal,
- Pelvin sau abdomino-pelvin, după starea de vacuitate sau de plenitudine în care se află.
- La dimensiunile de :
  - = 11 -12 cm, diametrul vertical,
  - = 8 - 9 cm transversal şi
  - = 6 - 7 cm diametrul antero-posterior,
  - = cu o capacitate medie de 4 - 500 ml,
- Vezica are forma aproximativă a unei piramide sau a unui ovoid căruia i se descriu :
  - = vârful, orientat în sus şi înainte, este legat de ombilic prin ligamentul ombilical median, URACA, vestigiu al canalului alantoidian ;
  - = faţa superioară, în raport intim cu peritoneul, de formă triunghiulară, cuprinsă între uracă şi implantările utererale ;

= două feţe laterale şi inferioare şi
= baza vezicii, care corespunde punctului celui mai decliv, COLUL VEZICAL, care se continuă cu URETRA, având o formă triunghiulară, între implantarea celor două uretere şi a uretrei.

B. LOJA VEZICALĂ este alcătuită astfel :

1. Anterior :
   = oasele pubiene realizând simfiza pubiană,
   = extremitatea distală a muşchilor drepţi abdominali şi
   = peritoneul reflectat de pe faţa posterioară a peretelui abdominal anterior, pe peretele superior al vezicii.
2. Posterior :
   = spaţiul recto-vezical (la bărbat),
   = spaţiul utero-vezical (la femeie).
3. Superior : peritoneul.
4. Inferior :
   = prostata (la bărbat) şi
   = vaginul şi diafragmul uro-genital (la femeie).
5. Lateral : muşchii obturatori şi ridicătorii anali.
6. Elementele de mai sus explică şi rapoartele cu organele abdominale şi pelvine.

C. SPAŢIUL RETRO-PUBIAN sau **PREVEZICAL**, prin care se realizează accesul asupra vezicii, este delimitat de :

1. Peretele abdominal anterior, căptuşit de fascia transversalis, continuat cu planul osos al regiunii şi
2. Fascia ombilico-prevezicală, condensare fibroasă de formă triunghiulară, cu vârful la ombilic şi cu baza coborând până la nivelul planşeului pelvin.

Între cele două planuri, spaţiul menajat, SPAŢIUL LUI RETZIUS, este cheia accesului asupra feţei anterioare a vezicii.

D. VASCULARIZAŢIA

A R T E R E L E realizează 4 pediculi :

1. **Pedicului superior**, din artera ombilicală,
2. **Inferior,** din iliaca internă,
3. **Pedicului anterior**, din ruşinoasa internă şi din epigastrică şi
4. **Posterior**, din artera rectală mijlocie (la bărbat), uterină sau vaginală (la femeie).

Cei patru pediculi, realizează un adevărat plex arterial, de unde se desprind ramuri pentru toate tunicile vezicale.

V E N E L E rezultă din mai multe reţele care se varsă, mai ales, în plexul venos de la baza vezicii, larg anastomozat cu venele organelor vecine, prostato-rectale (la bărbat) sau utero-vaginale (la femeie).

L I M F A T I C E L E converg către :

1. Ganglionii iliaci interni, externi sau comuni şi spre
2. Ganglionii aortici.

III OBIECTIVE şi PRINCIPII

OBIECTIVUL PRINCIPAL al intervenţiei este realizarea unei derivaţii cât mai directe şi complete a conţinutului vezical la exterior.

PRINCIPIILE unei cistostomii corecte :

- Ca orice stomă, şi cistostomia trebuie să realizeze o evacuare completă a organului, fără menajarea unor zone " joase " sau a unor funduri de sac în care urina să stagneze.
- Planurile vezicale trebuie aduse cât mai aproape de tegument, în aşa fel încât între peretele vezical şi piele, să se interpună cât mai puţine ţesuturi.
- Cistostomia trebuie să fie cât mai bine plasată în raport cu planul parietal abdominal şi cu elementele structurale ale vezicii (col vezical, orificii ureterale etc.).
- Stoma trebuie să fie etanşă pentru a împiedica infiltrarea urinoasă a planurilor şi ţesuturilor din vecinătate.
- Trebuie să se preteze la o cateterizare simplă, cu o tubulatură de asemenea simplă (tub comun sau PEZZER).
- Cistostomia trebuie să permită accesul facil în cavitatea vezicală, în caz de necesitate (extragere de calculi, resturi de sonde etc.).
- Să permită, după caz, o intervenţie ulterioară la nivelul vezicii şi
- Să poată fi suprimată spontan sau cu preţul unei intervenţii minore.
- Cistostomia poate avea un caracter temporar sau definitiv ; faptul nu este lipsit de importanţă şi imprimă intervenţiei, unele nuanţe.

IV INDICAŢII şi CONTRAINDICAŢII

INDICAŢIILE se referă la situaţiile care, în general, pot reclama o " stomie " oarecare :

1. Afecţiuni care cer punerea în repaus funcţional al vezicii sau
2. Situaţii care impun scurtcircuitarea traiectului subvezical al urinii, aflat în stare de incompatibilitate anatomică sau funcţională. În consecinţă :

CISTOSTOMIA TEMPORARĂ, are indicaţii mai numeroase şi se referă la :

1. Infecţiile urinare severe în care, alături de celelalte mijloace terapeutice, suprimă unul dintre factorii cei mai importanţi ai infecţiei urinare, STAZA.
2. Diferite intervenţii urinare pot fi încheiate cu o cistostomă care are rolul de protecţie a unor suturi, favorizare a vindecării unor suprafeţe crude, etc. :
   a. adenomectomia transvezicală,
   b. calculoza vezicală,
   c. rezecţia colului vezical,
   d. cistectomiile parţiale,
   e. intervenţiile plastice uretrale,
   f. reimplantările ureterale etc.
3. Hemoragiile vezicale de diverse etiologii pot reclama cistostomia, pentru evacuarea mai corectă a cheagurilor.
4. Traumatismele diverse, cu componentă vezicală sau uretrală : fracturi de bazin, leziuni intraoperatorii etc.
5. Bolnavi în stare biologică precară, care nu pot suferi, pentru moment, intervenţii de amploare, de altfel necesare.

CISTOSTOMIA DEFINITIVĂ se impune în cazurile de :

1. Vezică neurologică : traumatică sau de altă natură.
2. Afecţiuni inoperabile, neoplasme extinse etc.
3. Afecţiuni cu risc biologic major şi ireversibil.

Trebuie notat că multe din indicaţiile cistostomiei au fost reconsiderate, pe măsura generalizării unor tehnici urologice moderne : rezecţii endoscopice, litotriţii etc.

CONTRAINDICAŢIILE sunt legate de faptul că nu poate fi negată realitatea unei adevărate infirmităţi (chiar temporare), pe care cistostomia o reprezintă ; în consecinţă, atunci când avem posibilitatea rezolvării unor situaţii, fără derivaţie externă, cu un alt mijloc adecvat, nu trebuie să ezităm să-l aplicăm.

V PREGĂTIRE PREOPERATORIE

Prin ea însăşi, cistostomia nu reclamă o pregătire specială, făcând parte dintre mijloacele cele mai simple dar cu eficienţă maximală, care pot scoate bolnavul dintr-o stare biologică precară ; dacă este vorba de afecţiuni în care cistostoma este numai una dintre componentele operaţiei, atunci pregătirea preoperatorie aparţine afecţiunii respective şi terenului

pe care aceasta evoluează. Nu trebuie să uităm că, în majoritatea cazurilor, acest gen de operaţie vizează bolnavul vârstnic, marcat de multiple insuficienţe şi tare organice, ceea ce impune o pregătire preoperatorie complexă.

VI ANESTEZIE

Cistostomia izolată, ca intervenţie de sine stătătoare, poate fi realizată cu orice tip de anestezie : **LOCALĂ, DE CONDUCERE sau GENERALĂ** cu sau fără intubaţie oro-traheală.

În cazurile în care cistostoma încheie o intervenţie de amploare asupra aparatului urinar, anestezia aparţine acelei intervenţii, preferinţele îndreptându-se asupra **ANESTEZIEI GENERALE.**

VII INSTRUMENTAR

COMUN - tava de instrumente pentru operaţiile mijlocii.

SPECIAL :

= depărtătoare FARABEUF, valve înguste şi lungi, pentru controlul cavităţii vezicale,

= aspirator bun,

= sonde şi tubulatură diversă etc.

VIII DISPOZITIV OPERATOR

BOLNAVUL - în decubit dorsal comun, cu membrele superioare în abducţie pentru perfuzie şi aparat de tensiune.

ECHIPA OPERATORIE :

1. Operatorul - la stânga bolnavului.
2. Ajutoarele - în faţa operatorului.

IX TEHNICĂ

Cistostomie suprapubiană, temporară

A. CALEA DE ABORD :

1. Incizia longitudinală, mediană suprapubiană, lungă de 6 - 8 cm, în raport cu subiectul, începe la două laturi de deget deasupra simfizei pubiene şi interesează pielea, ţesutul celular subcutanat şi linia albă ; reţinem că fiind vorba de o cistostomie temporară, calea de abord va fi ceva mai înaltă decât cea pentru o cistostomă definitivă.

2. Pătrunderea în spaţiul prevezical implică :

a. incizia fasciei transversalis, foarte subţire,

b. secţiunea orizontală a fasciei ombilico-prevezicale, pe linie mediană şi

c. decolarea fundului de sac peritoneal, în sens cranial, cu ajutorul tamponului montat, a degetului învelit în comprese sau a foarfecelui bont etc. Manevrele respective sunt cu mult uşurate de " globul vezical " existent sau, în absenţa acestuia, de umplerea vezicii cu o cantitate de ser fiziologic sau de apă sterilă, pe o sondă uretrală.

B. INCIZIA PERETELUI VEZICAL :

1. În câmpul operator, peretele vezical descoperit, eliberat de fundul de sac peritoneal şi sub tensiunea lichidului din cavitate, se recunoaşte prin culoarea ceva mai albicioasă, prin coloanele musculare evidente şi prin plexul venos superficial foarte ramificat ; nu ne putem înşela !

2. Se trec două fire de reper şi tracţiune, de o parte şi de alta a liniei mediane, viitoarea linie de incizie şi pătrundere în cavitatea vezicală.

3. Punând firele de tracţiune în tensiune, se creează un pliu transversal pe care se va practica o incizie verticală, fermă, tranşantă, de dimensiuni reduse, în timp ce aspiratorul soarbe urina sau lichidul introdus în cavitatea vezicală ; după uscarea câmpului operator, peretele vezical se secţionează până la dimensiunile dorite, suficiente pentru o explorare corectă şi pentru plasarea tubulaturii. Nu trebuie să exagerăm ! Fiecare centimetru inutil de secţiune a peretelui vezical va reclama sutură, fire în plus, posibilităţi suplimentare de complicaţii, eforturi de cicatrizare din partea organismului.

C. EXPLORAREA CAVITĂŢII VEZICALE este absolut obligatorie pentru a obţine cât mai multe date privind pereţii (tumori), mucoasa, conţinutul vezical (calculi, sânge, cheaguri), diversele zone afectate (col vezical, prostată, orificii ureterale, trigon vezical etc.). După caz, se realizează eliberarea cavităţii de conţinutul solid.

D. PLASAREA SONDEI PEZZER, de calibru bine ales, în cavitatea vezicii, se face fără probleme deosebite.

E. SUTURA PERETELUI VEZICAL se realizează în dublu plan, de o parte şi de alta a sondei PEZZER , în aşa fel încât să se asigure etanşarea peretelui în jurul acesteia ; firele de sutură sunt de catgut, separate, pentru primul plan extramucos, pentru al doilea de acoperire.

F. FIXAREA FIRELOR DE REPER LA PERETE. Firele iniţiale, de reper vezical, trecute prin peretele abdominal vor superficializa zona de sutură vezicală şi vor face mai uşoare manevrele de înlocuire a sondelor sau accesul în cavitatea vezicală.

G. DRENAJUL SPAŢIULUI RETZIUS se face cu tuburi sau cu lame de cauciuc, în raport cu decolarea pe care am realizat-o.

H. SUTURA LINIEI ALBE şi a **PLANURILOR PARIETALE** vor încheia intervenţia chirurgicală, fără a uita ancorarea PEZZER-ului la piele, pentru a evita smulgerea accidentală a acestuia.

X VARIANTE TEHNICE

A. CALEA DE ABORD

- poate fi mai largă ;
- în caz de cistostomie definitivă, incizia parietală, ca şi cea a peretelui vezical, trebuie plasate cât mai jos posibil.

B. FIXAREA MUCOASEI VEZICALE la buzele plăgii cutanate, prin mai multe fire de sutură cu material rezorbabil, convine cistostomiei definitive, pentru a facilita amplasarea sondelor viitoare.

C. CISTOSTOMIA À MINOR, pe trocar (MERY - 1701) se poate utiliza mai ales în vezica destinsă : suprapubian, la cca 1 cm deasupra simfizei, sub anestezie locală, se traversează peretele abdominal şi vezical cu un trocar de 9 - 11 mm, prin care o sondă comună din plastic, se introduce în cavitate ; trocarul se extrage iar cateterul se fixează la perete ; această trocarizare pare să fie mai agreată de unii practicieni, în raport cu sondajul uretral.

XI INCIDENTE şi ACCIDENTE INTRAOPERATORII

- Deschiderea peritoneului reclamă sutură şi, eventual, drenajul, dacă există posibilitatea poluării peritoneale.
- Leziunea unei anse intestinale aderente sau chiar a sigmoidului, impune sutura şi drenajul peritoneal.
- Dificultăţile de reperare a peretelui vezical sau ruptura acestuia pot crea neajunsuri, cu hemoragie în câmpul operator.
- Plasarea incorectă a sondei PEZZER, mai ales în cazul vezicii mici, atrofice, anulează efectele scontate ale intervenţiei.

XII ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

ÎNGRIJIRILE POSTOPERATORII sunt cele reclamate starea subicetului şi de afecţiunea care a impus cistostomia :

Îngrijirile locale au în vedere unele măsuri de valoare pentru evoluţia

postoperatorie :

- realizarea unei coloane de lichid imprimă fluxului urinar noua direcţie ; în mod obişnuit, părţile moi se strâng împrejurul sondei şi realizează etanşeitatea necesară ;
- pansamentul zilnic şi urmărirea evoluţiei plăgii sunt importante, pentru a surprinde eventualele complicaţii ;
- curba eliminărilor urinare se va întocmi în mod obişnuit ;
- manevrele de aseptizare, prin instilaţii diverse şi
- observarea permeabilităţii absolute sunt obligatorii ;
- suprimarea drenajului din RETZIUS se va face la timpul necesar ;
- în caz de colmatare a tubulaturii, aceasta se va schimba cu precauţie, pentru a nu crea false rute, riscante şi dificil de reparat.

XIII COMPLICAŢII POSTOPERATORII

Complicaţiile generale :

- cardio-vasculare, bronho-pulmonare, boala trombo-embolică etc. sunt posibile mai ales la bolnavii în vârstă, obosiţi, taraţi etc.

Complicaţiile locale :

- Hemoragia dintr-un vas parietal : reperare, pensare, ligatură.
- Hemoragia difuză, din peretele vezical, uneori " ex vacuo ", poate reclama evacuarea cheagurilor şi instilarea de soluţii de antipirină 2%.
- Infecţia agravată presupune un drenaj vezical insuficient, prin calcul, diverticul vezical sau corp străin ; prin breşa vezicală se poate realiza un control cistoscopic, care va decela cauza şi se va încerca suprimarea acesteia.
- Flegmonul urinos, produs prin infiltrarea urinii în spaţiile pre- şi peri-vezicale necesită drenaje largi şi repetate, alături de un tratament general foarte bine condus.

XIV SECHELE POSTOPERATORII

A. CISTOSTOMIILE TEMPORARE nu sunt creditate cu elemente sechelare.

B. CISTOSTOMIILE DEFINITIVE, din contră, pot induce unele sechele, de altfel explicabile :

- Cistostomia poate reprezenta, pentru anumite categorii de bolnavi, o adevărată infirmitate.
- Tenesmele vezicale sau incontinenţa urinară pe cale naturală pot

surveni, iniţial prin exacerbarea şi mai apoi prin scăderea tonicităţii vezicale, urina evacuându-se prin mecanism pasiv.

- Supuraţiile de vecinătate nu pot fi negate şi sunt greu de suprimat, cu toate precauţiile şi îngrijirile noastre.
- Colmatarea tubulaturii de sondaj, prin depunerile de săruri, este destul de frecventă ; reclamă dezobstrucţie sau schimbarea tubulaturii dar şi asigurarea unor volume corespunzătoare de lichide ingerate.
- Calculul vezical este, în aceste condiţii, destul de frecvent şi poate căpăta, în scurt timp, dimensiuni impresionante, ceea ce reclamă îndepărtarea lui.

XV REZULTATE, PROGNOSTIC

- Ca intervenţie de necesitate, cistostomia este o intervenţie utilă dar, cu toate progresele efectuate în realizarea aparaturii şi colectoarelor urinare, nu se poate vorbi de o adevărată inserţie socială, cea familială fiind acceptată în context.

35

CURA CHIRURGICALĂ A HIDROCELULUI

I DEFINIŢIE

CURA CHIRURGICALĂ A HIDROCELULUI este intervenţia chirurgicală care suprimă cavitatea seroasă a scrotului, cu sau fără rezecţia vaginalei.

II ANATOMIE CHIRURGICALĂ

A. BURSELE, emanaţie ale peretelui abdominal, protejând glandele sexuale masculine,

1. Se află situate sub regiunea pubo-peniană şi înaintea perineului anterior şi
2. Sunt alcătuite din mai multe învelişuri care continuă planurile peretelui abdominal :

a. **pielea**, fină, plisată şi acoperită cu peri rari, prezintă pe linia mediană un rafeu care separă cele două burse ;

b. **dartosul**, strat muscular cu fibre netede, aderente la piele, realizând plisarea caracteristică a pielii, emanaţie a cremasterului ;

c. **celuloasa**, subţire şi laxă ;

d. **eritroida**, strat muscular striat, este formată din două planuri :

= unul intern, care pleacă de pe spina pubisului şi

= unul extern, emanat din micul oblic şi care pleacă de pe arcada crurală, de sub orificiul inguinal profund ;

e. **fibroasa** ţine de fascia transversalis şi

f. **vaginala**, învelişul seros al testiculului şi al epididimului, dispusă în două foiţe :

= una externă, parietală, aderentă la fibroasă şi
= una internă, viscerală, care acoperă testiculul şi epididimul, urcând şi la nivelul unui segment al cordonului spermatic.

Între cele două foiţe ale vaginalei, se realizează un fund de sac epididimo-testicular şi o cavitate (virtuală în stare normală), care ia forma generală a testiculului şi zonei epididimo-deferenţiale.

B. VASCULARIZAŢIA BURSELOR este asigurată de :

A R T E R E L E :

1. **Arterele ruşinoase externe superioare şi inferioare**, din femurală şi
2. **Arterele perineale superficiale**, din ruşinoasele interne.

V E N E L E se adună în :

1. **Venele ruşinoase externe**, care se varsă în vena femurală şi
2. **Venele ruşinoase interne**, tributare hipogastricelor.

L I MF A T I C E L E se adună în colectoare care ajung la grupele interne ale ganglionilor inguinali.

C. TESTICULUL, organ pereche şi simetric, glandă sexuală endocrină şi germinativă,

- Ocupă bursele, de o parte şi de alta a liniei mediane,
- Cu dimensiunile de 4 / 2,5 / 3 cm şi
- Cu greutatea de 18 - 20 gr şi
- Cu consistenţa fermă, elastică.
- Are formă ovoidală, cu
  = un pol superior, coafat de epididim şi
  = un pol inferior orientat în jos şi înapoi,
- Testiculul stâng este, în mod constant, ceva mai coborît decât cel de partea dreaptă.

III OBIECTIVE şi PRINCIPII

OBIECTIVUL PRINCIPAL al intervenţiei este reprezentat de suprimarea cavităţii vaginale hipersecretante, în aşa fel încât cele două foiţe, viscerală şi parietală, să nu mai vină în contact ; acest obiectiv poate fi realizat prin :

1. Rezecţia foiţei parietale,
2. Rezecţia şi inversiunea aceleiaşi foiţe sau prin
3. Plicaturarea ei.

PRINCIPIILE :

- Mobilizarea testiculară trebuie să fie cât mai limitată, pentru a evita

efectele nocive asupra lui.

- Disecţia vaginalei trebuie să se facă strict în planul de clivaj dintre ea şi fibroasa bursei.
- Clivarea sau secţiunea şi rezecţia vaginalei realizează condiţiile unei sângerări difuze, motiv pentru care hemostaza foarte atentă este necesară, în caz contrar, hematomul care rezultă devine supărător.

IV INDICAŢIII şi CONTRAINDICAŢII

INDICAŢIILE intervenţiei sunt reprezentate de hidrocelul sub toate formele sale :

- Esenţial,
- Coexistând cu o hernie,
- Hidrocelul bilateral sau
- Hidrocelul voluminos.

CONTRAINDICAŢIILE revin hidrocelului secundar (cancer, tuberculoză, ascită etc.), situaţie în care tratamentul specific este necesar.

V PREGĂTIRE PREOPERATORIE

Nu este necesară o pregătire preoperatorie specială ; eventual o puncţie evacuatorie poate fi bine venită pentru diagnostic.

VI ANESTEZIE

Intervenţia se desfăşoară într-o zonă reflexogenă importantă şi foarte sensibilă, motiv pentru care este necesară o foarte bună anestezie.

ANESTEZIA DE CONDUCERE, rahidiană sau peridurală, convine unei mari majorităţi a bolnavilor, şi mai ales vârstnicilor.

ANESTEZIA GENERALĂ (inhalatorie sau parenterală) trebuie rezervată copiilor.

În anumite situaţii, o **ANESTEZIE LOCO-REGIONALĂ** corectă poate împlini dezideratele unei bune anestezii, total lipsită de inconveniente.

VII INSTRUMENTAR

COMUN - trusa sau tava pentru operaţii mijlocii.

SPECIAL - nimic deosebit.

VIII DISPOZITIV OPERATOR

BOLNAVUL - în decubit dorsal comun, cu un membru superior în abducţie în unghi drept pentru perfuzie şi aparat de tensiune.

ECHIPA OPERATORIE :

1. Operatorul - de partea leziunii.
2. Ajutorul - în faţa chirurgului operator.

IX TEHNICĂ

Cura chirurgicală de hidrocel, cu rezecţia şi inversiunea vaginalei.

A. CALEA DE ABORD - incizie longitudinală, paralelă cu marele ax al bursei, interesând toate planurile scrotale, până la vaginală. Incizia este mult facilitată de prinderea fermă a bursei în mâna stângă, cu fixarea planurilor pe vaginala aflată sub tensiune, ceea ce permite o incizie tranşantă, fără ca învelişurile scrotale să alunece pe cele profunde.

B. Vaginala se recunoaşte cu uşurinţă, transparentă şi întunecată de profunzimea lichidiană de dedesubt ; ea se eliberează pe întindere modestă, după care se penetrează cu ac gros, montat la aspirator sau la seringă şi se evacuează.

C. SECŢIUNEA VAGINALEI, cu deschiderea pungii lichidiene, nu are nimic spectacular şi ne permite prinderea marginilor de secţiune vaginală, în pense cu dinţi.

D. DISECŢIA VAGINALEI PARIETALE este cheia intervenţiei şi se realizează la fel ca disecţia unui sac herniar, chiar pe deget, cu diferenţa că disecţia sacului herniar, dacă s-a găsit planul de clivaj existent (este vorba de un raport câştigat !) este exsanguă, în timp ce izolarea vaginalei de fibroasă (raport anatomic embrionar !) este destul de sângerândă, în suficientă măsură încât să n-o putem ignora. Disecţia vaginalei parietale evoluează până aproape de răsfrângerea ei pe testicul şi epididim, oprindu-ne la 2 - 3 cm de aceasta.

E. REZECŢIA VAGINALEI se face simplu, până la linia de disecţie şi răsfrângere pe testicul şi epididim. Trebuie notat că şi tranşa de secţiune vaginală este la fel de sângerândă şi reclamă hemostază ţintită.

F. RĂSFRÂNGEREA şi SUTURA VAGINALEI se realizează cu fire de catgut, în surjet sau cu fire în " X ", îndărătul epididimului, cu grije pentru hemostaza necesară, şi încheie intervenţia propriu-zisă, după care

G. REDUCEREA TESTICULULUI, cu atenţie pentru a nu-l

torsiona,

H. DRENAJUL CAVITĂŢII, cu tub de dren din plastic şi

I. SUTURA PLANURILOR SCROTALE, într-un singur strat, cu fire separate, relativ rare, încheie cura operatorie a hidrocelului.

X VARIANTE TEHNICE

A. Incizia poate fi orizontală sau oblică, după caz.

B. PLICATURA VAGINALEI : după evacuarea cavităţii hidrocelului şi pe vaginala bine expusă, se însăilează mai multe fire de catgut, radiar, dinspre testicul spre marginea secţionată a vaginalei, de o parte şi de alta, fire care, prin strângere, plicaturează întreaga vaginală care devine un adevărat " colan " în jurul testiculului ; suprafaţa vaginalei exte redusă la maximum, operaţia nu este sângerândă dar are marele dezavantaj că rezorbţia " gulerului " vaginal se face destul de greu sau deloc.

C. INCIZIA MEDIANĂ, cu acces asupra ambelor burse, pentru hidrocelul bilateral, este mai mult o incizie teoretică.

D. REZOLVAREA CONCOMITENTĂ a unui hidrocel şi a unei hernii nu este deloc rară.

XI INCIDENTE şi ACCIDENTE INTRAOPERATORII

- Pătrunderea într-un plan de clivaj necorespunzător poate determina sângerări obositoare şi jenante pentru bunul mers al intervenţiei.
- Lezarea testicululuisau a epididimului ori, mai rar, a elementelor de cordon sunt greşeli de debutant, şi reclamă atitudini corespunzătoare.

XII ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

ÎNGRIJIRILE POSTOPERATORII nu consemnează date particulare, cu excepţia controlului local, pentru a urmări evoluţia favorabilă a intervenţiei.

XIII COMPLICAŢII POSTOPERATORII

- **Hematomul scrotal** este complicaţia cea mai frecventă şi mai neplăcută ; ea survine precoce şi este marcată de dureri, ascensiune termică şi, bine înţeles, de tumefierea locală importantă, în raport

cu amploarea sângerării locale ; dacă am fost neinspiraţi şi am neglijat plasarea unui tub de dren, simptomatologia este şi mai zgomotoasă ; nu avem ce face : scoaterea firelor de pe scrot şi evacuarea cheagurilor devine necesară, uneori suficientă, alteori nu, obligându-ne la hemostază ţintită şi drenaj (de data aceasta nu mai neglijăm !) sau redrenaj. Alături de tratamentul general, evoluţia este, de cele mai multe ori, satisfăcătoare.

- **Necroza testiculară** este cu mult mai rară, fie printr-o reducere scrotală incorectă a testiculului, cu torsiunea lui şi ischemie secundară fie, mai rar, prin leziune vasculară ignorată. Poate obliga la sacrificiul glandei, cu atât mai greu de justificat cu cât subiectul este mai tânăr.
- **Supuraţiile locale** por surveni, după hematoame evacuate sau pornind de la nivelul plăgii scrotale.

XIV SECHELE POSTOPERATORII

- Induraţia scrotală poate persista multă vreme, mai ales în cazul plicăturării unei vaginale voluminoase.
- Inflamaţiile cronice şi dureroase sau supuraţiile locale, cu fistulizări şi abcese repetate, pot recunoaşte o altă etioologie, care impune un tratament specific.

XV REZULTATE, PROGNOSTIC

- Rezultatele şi prognosticul sunt bune, cazurile cu evoluţie favorabilă permiţând bolnavului reintegrarea perfectă în familie şi societate.

36

SUPRARENALECTOMIA

I DEFINIŢIE

SUPRARENALECTOMIA este intervenţia chirurgicală care realizează extirparea totală sau parţială a uneia sau a ambelor glande suprarenale afectate, sau nu, de un proces patologic.

II ANATOMIE CHIRURGICALĂ

A. GLANDELE sau **CAPSULELE SUPRARENALE,**

- ✱ sunt glande cu secreţie internă de tip cromafin,
- ✱ simetrice şi pereche,
- ✱ aşezate de o parte şi alta a coloanei vertebrale,
- ✱ coafând marginea internă şi suprahilară a rinichilor ;

- ◆ Au o formă triunghiulară, a unor " bonete frigiene ",
- ◆ Sunt foarte friable,
- ◆ De culoare galben-cărămiziu, ceea ce le deosebeşte de grăsimea înconjurătoare care este de culoare galben deschis.
- ◆ Scheletotopic, fiecare glandă se proiectează într-un patrulater delimitatat de
  - = orizontala care trece prin discul intervertebral D_{XI} - D_{XII},
  - = orizontala discului D_{XII} - L_I
  - = verticala care atinge marginea laterală a vertebrelor (în dreapta ceva mai înăuntru) şi
  - = verticala care trece la 5 cm în afara liniei mediane şi întâlneşte coastele XI şi XII.

- Organotopic, suprarenala se proiectează în patrulaterul lui ALBARRAN, delimitat de :
  = diafragm sau ficat (cranial),
  = pediculul renal (caudal),
  = coloana cu vasele mari (medial) şi
  = rinichiul (lateral).
- Rapoartele :
  = posterior :
    * corpul vertebral D_{XII},
    * coasta a XI-a, prin intermediul fibrelor diafragmatice care nasc pilierii şi arcadele psoasului,
    * fundurile de sac pleurale costo-diafragmatic şi costo-mediastinal ;
    * între diafragm şi glandă se interpun (din afară înăuntru) :
      » simpaticul şi
      » marele şi micul splanchnic.
  = anterior :
    * dreapta :
      » rinichiul,
      » vena cava inferioară (polul superior al glandei este retro-cav),
      » duodenul şi
      » ficatul, de care este legată prin ligamentul hepato-suprarenal.
    * în stânga :
      » arrière-cavitatea epiplooanelor şi, respectiv,
      » stomacul,
      » corpul pancreasului şi
      » splina.
  = intern :
    * artera diafragmatică inferioară şi
    * ganglionul semilunar, acoperit de vena cavă inferioară (în dreapta) sau în afara aortei (în stânga).
  = extern :
    * baza glandei se sprijină pe convexitatea marginii superioare a rinichiului.

B. LOJA SUPRARENALĂ, lojă fibroasă, are forma unei piramide triunghiulare cu vârful în sus şi axul mare în jos şi în afară, şi prezintă 3 pereţi :

1. Anterior, prelungirea superioară a fasciei suprarenale,
2. Posterior, prelungirea superioară a fasciei retro-renale şi
3. Inferior, reprezentat de fascia inter-reno-suprarenaliană a lui DELAMARRE ; loja suprarenală este alcătuită din aceleaşi elemente care realizează loja renală dar este izolată de aceasta prin fascia lui DELAMARRE, ceea ce explică faptul că suprarenalele nu urmează rinichiul în cazul ptozei, că nu se extirpă odată cu rinichiul şi că fuzarea colecţiilor purulente sau de altă natură, nu se face către capsulele suprarenale ; de remarcat de asemeni că în interiorul lojii, glanda suprarenală este foarte aderentă de pereţii acesteia, făcând iluzorie orice tentativă de a o detaşa : " suprarenala este cel mai fix viscer din abdomen " (PAÎTRE).

C. VASCULARIZAŢIA :

A R T E R E L E recunosc 3 pediculi care realizează un cerc arterial peri-suprarenal :

1. **Pedicului superior** : artera capsulară superioară, din diafragmatică inferioară, formează un " pieptene vascular " la polul superior al glandei.
2. **Pedicului mijlociu** : artera capsulară mijlocie ia naştere din aortă, între trunchiul celiac şi renală, lateral de mezenterică superioară;la dreapta trece retro-cav iar la stânga, în dreptul polului superior al rinichiului, încrucişează pilierii diafragmatici ; se împarte în ramuri pentru cele două feţe ale glandei.
3. **Pedicului inferior** : artera capsulară inferioară ia naştere din artera renală şi abordează polul inferior al glandei, după ce a emis un ram capsulo-adipos.
4. **Alte ramuri** provin din genitale, lombare şi capsulo-adipoase.

V E N E L E urmează aceleaşi căi :

1. **Vena capsulară superioară** se varsă în diafragmatica superioară.
2. **Vena capsulară mijlocie** sau **principală**, drenează aproape întreaga glandă, are un calibru de cca 3 mm şi reprezintă reperul cel mai important pentru suprarenalectomie :
   - * de partea dreaptă are un traiect scurt, de 1 cm şi se varsă în cava inferioară ;
   - * de partea stângă este mai lungă, oblică în jos, în lungul glandei şi se varsă pe marginea superioară a venei renale sau, printr-un trunchi comun cu diafragmatica inferioară, în spermatică sau lombară.
3. **Vena capsulară inferioară** merge către vena renală şi

capsulo-adipoasă, realizând anastomoze de tip cavo-cav şi porto-cav, unele dintre acestea devenind vene porte accesorii.

L I M F A T I C E L E merg către ganglionii latero-aortici, deasupra pediculului renal sau, traversând diafragmul, ajung la ganglionii prevertebrali posteriori.

III OBIECTIVE şi PRINCIPII

OBIECTIVUL PRINCIPAL al intervenţiei este suprimarea unei anumite mase glandulare aflate în exces funcţional sau sediu al unui proces patologic ; în consecinţă, intervenţia se poate adresa unor glande cu parenchim normal dar care intervin în anumite mecanisme patogenetice sau unor glande-sediu al unor modificări anatomo-patologice ; posibilităţile actuale de tratament substitutiv, nu exclud suprarenalectomia bilaterală ca posibilă dar indicaţiile de acest ordin sunt relativ rare.

PRINCIPIILE care asigură o intervenţie în cele mai bine condiţii, pot fi sistematizate :

- Intervenţia nu aparţine începătorului ci chirurgului format, cu experienţă deosebită pentru intervenţiile de mare anvergură. Mai mult, ea reclamă o echipă complexă, nu numai de chirurgi ci şi de anestezişti reanimatori, internişti şi endocrinologi, bine antrenată, capabilă să facă faţă unor dificultăţi de ordin tehnic dar şi unor dezechilibre cu caracter acut şi grav.
- Suprarenalectomia este o intervenţie delicată, dificilă, practicată pe un organ profund şi bine vascularizat ; timpii operatori trebuie bine codificaţi pentru fiecare membru al echipei chirurgicale.
- Calea de abord corespunzătoare este un deziderat de mare importanţă, care ne poate scuti de neplăcerile unui câmp operator devenit brusc insuficient în cadrul unor incidente intraoperatorii.
- Suprarenalectomia unilaterală impune controlul existenţei glandei controlaterale.
- Trebuie evocată şi heterotipia unei glande, ca şi existenţa unor suprarenale accesorii, care pot compromite însăşi ideea unei suprarenalectomii complete.
- Patologia tumorală a glandei poate ridica chirurgului probleme deosebit de grele, motiv pentru care este necesar ca acesta să fie pregătit pentru orice eventualitate.

IV INDICAŢII şi CONTRAINDICAŢII

INDICAŢIILE se adresează atât unor glande modificate de procese patologice cât şi unora normale, dar care ţin sub dependenţa lor anumite afecţiuni. Ca atare :

1. Tumorile suprarenale cu răsunt endocrin sau metabolic :
   a. feocromocitomul, neuroblastomul,
   b. hipercorticismele (sindromul CUSHING ş.a.),
   c. sindromul adreno-genital şi hiperaldosteronismul primar (sindromul CONN).
2. Bolile în care suprarenala intervine patogenetic :
   a. trombangeitele obliterante,
   b. hipertensiunea arterială ş.a.

CONTRAINDICAŢIILE sunt comune oricăror intervenţii de amploare sau aparţin cazurilor care pot beneficia de un tratament medicamentos eficace.

V PREGĂTIRE PREOPERATORIE

PREGĂTIREA PREOPERATORIE este legată de afecţiunea care reclamă suprarenalectomia ; ea se referă mai ales la o corectare a diverselor dezechilibre biologice şi a afectărilor viscerale. HUME şi HARRISON au sistematizat aceste pregătiri :

1. Intervenţia chirurgicală trebuie efectuată imediat la bolnavii cu carcinom nemetastatic.
2. La bolnavii prea afectaţi pentru a putea suporta intervenţia, este înţelept să se facă un tratament medical de pregătire.
3. Iradierea hipofizară cu cobalt este indicată pentru bolnavii cu hiperplazie suprarenală dar care permit o temporizare de 6 - 12 luni.
4. Intervenţie chirurgicală imediată la bolnavii care nu pot aştepta 6 luni dar care pot supravieţui intervenţiei, mai ales dacă răspunsul la terapia cu raze X a fost nesatisfăcător.

În afara acestor elemente de pregătire preoperatorie, asigurarea viscerală minimă şi restabilirea dezechilibrelor prezente sunt de mareimportanţă.

VI ANESTEZIE

ANESTEZIA GENERALĂ cu I.O.T. este singura care poate intra în discuţie, singura care ne poate asigura liniştea, relaxarea necesară,

controlul funcţiilor vitale şi al accidentelor severe, oricând posibile.

VII INSTRUMENTAR

COMUN - trusa mare pentru intervenţiile pe abdomen.

SPECIAL - valve late, adânci, pense vasculare SATINSKY şi de alt gen, costotom, răzuşe costale, bisturiu electric, aspirator de bună calitate etc.

VIII DISPOZITIV OPERATOR

DISPOZITIVUL OPERATOR depinde de calea de abord.
CALEA LATERALĂ (Vezi 32 - VII)
CALEA ANTERIOARĂ (Vezi 15 - VII)

IX TEHNICĂ

Suprarenalcetomie unilaterală dreaptă, pe cale laterală extraperitoneală.

A. CALEA DE ABORD :

1. Linia de incizie este transversală, urmează ultima coastă lungă, a XI-a sau mai rar a XII-a, pornind de la marginea externă a masei sacro-lombare până la marginea externă a dreptului abdominal, la înălţimea ombilicului sau ceva mai sus.
2. Se secţionează marele oblic în axul coastei şi micul oblic sub coastă.
3. Se eliberează coasta a XI-a prin incizia micului dinţat posterior şi inferior, până la marele dorsal, reclinat posterior.
4. Se rezecă coasta cât mai posterior, se prelungeşte linia de incizie pe patul periostal şi, odată diafragmul dezinserat, fundul de sac pleural se refulează în sus.
5. Se decolează peritoneul de grăsimea perirenală, de pătratul lombelor şi psoas, până la nivelul rahisului ; cu ajutorul unei valve late, se refulează peritoneul şi masa intestinală, ficatul, cupola diafragmatică şi fundul de sac pleural.

B. ABORDUL GLANDEI :

1. Se decolează rinichiul şi se împinge înăuntru şi în jos.
2. Se deschide fascia retro-renală pe faţa sa posterioară, înăuntrul polului superior al rinichiului, fără a aplica pense pe glanda foarte fină şi friabilă.
3. Se izolează vena capsulară mijlocie sau principală, se disecă şi se

secţionează între ligaturi ; acest vas reprezintă cheia intervenţiei.

C. EXTIRPAREA GLANDEI :

1. Din aproape în aproape, se disecă marginea externă a glandei şi faţa anterioară.

2. Se trece la marginea internă şi inferioară a glandei, ligaturând vasele capsulare ; avem grijă să nu lezăm glanda mai înainte de realizarea ligaturilor vasculare deoarece hemoragiile produse vor îngreuna foarte mult mersul operator.

3. Odată cu eliberarea glandei pe toate feţele şi marginile, aplicarea ligaturilor vasculare este relativ facilă şi permit ridicarea glandei.

D. DRENAJUL LOJII şi

E. REFACEREA PERETELUI ABDOMINAL,

= în două planuri musculare :

– profund : micul oblic şi transvers şi

– superficial : marele oblic şi marele dorsal.

F. SUTURA ŢESUTULUI CELULAR şi a PIELII, încheie intervenţia chirurgicală.

X VARIANTE TEHNICE

A. CALEA DE ABORD ridică unele probleme care merită trecute în revistă. In general, pentru glandele de volum normal, căile de abord pot fi comune cu ale rinichiului. Pentru glandele tumorale care, prin volum, rapoarte delicate şi penetraţiile posibile pot pune probleme chirurgului, inciziile respective nu mai sunt suficiente şi operatorul trebuie să aleagă calea cea mai adecvată. Posibilităţile exploratorii echografice ne dau posiblitatea să apreciem, la corecta valoare, volumul glandei pe care o avem de rezolvat. În consecinţă, putem folosi :

1. Inciziile extraperitoneale :
   a. laterale : WILLEMS, LERICHE, von OPPEL ş.a.
   b. anterioare :
      = CARAJANOPOULOS - transversală de la coasta a XI-a la nivelul tecii dreptului, cu deschiderea acesteia şi reclinarea muşchiului ;
      = CHEVASSU - incizie oblică de la marginea inferioară a coastei a X-a până aproape de spina iliacă antero-superioară ;
      = PÉAN - transversală de la masa sacro-lombară până la marginea dreptului abdominal.
   c. posterioară JUNG.
2. Calea transperitoneală este mai avantajoasă pentru dubiile

diagnostice şi - când este necesară o explorare corectă a genitalelor interne sau o castraţie :

a. coeliotomia mediană largă ;

b. inciziile transversale sau subcostale lungi şi bilaterale sunt utile în cazul tumorilor foarte voluminoase sau pentru abordul bilateral al glandelor ; ceea ce diferă pentru aceste incizii, este modalitatea de pătrundere în spaţiul retroperitoneral şi de abord al glandei. Astfel :

= von OPPEL pătrunde în loja glandei prin secţiunea ligamentului freno-colic, coborîrea unghiului colic şi descoperirea venei renale, a venei suprarenale şi a glandei ;

= BRUNING abordează glanda prin secţiunea ligamentului gastro-colic, cu secţiunea peritoneului parietal posterior la marginea inferioară a pancreasului şi cu decolare pancreatică ;

= glanda de partea dreaptă poate fi abordată prin decolare duodeno-pancreatică, descoperirea venei cave şi a confluenţei renalei şi, mai departe, a glandei şi vaselor sale.

B. ALTE VARIANTE sunt legate de tumorile foarte voluminoase, greu de disecat şi care ne pot obliga la un mers atipic al intervenţiei.

XI INCIDENTE şi ACCIDENTE INTRAOPERATORII

În condiţiile unui organ profund, vascular şi friabil, incidentele şi accidentele intraoperatorii pot surveni în orice moment al intervenţiei. Astfel :

- Deschiderea peritoneului sau a pleurei reclamă măsuri în consecinţă.
- Hemoragia intraoperatorie prin lezarea glandei, impune hemostază prin compresiune şi desăvârşirea ligaturilor vasculare.
- Lezarea vaselor :
  = cava inferioară reclamă o hemostază corectă, în deplină cunoştinţă de cauză şi stăpânire de sine, alături de toate măsurile cunoscute, permiţându-ne rezolvarea accidentului ;
  = lezarea venei renale este mai frecventă pe partea stângă şi cere rezolvare în consecinţă ; în unele situaţii sacrificiul renal este inevitabil ;
  = lezarea venei capsulare sau chiar smulgerea ei din ostiul cav reclamă sutură venoasă corectă.
- Lezarea viscerelor cavitare (duoden, colon) sau a celor

parenchimatoase (pancreas, splină) cere sesizarea intraoperatorie a lor, altfel acestea se vor trăda prin complicaţii severe în perioada postoperatorie.

XII ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

ÎNGRIJIRILE POSTOPERATORII trebuie să fie caracterizate de o observaţie şi atenţie particulare, întrucât mersul postoperator poate fi foarte agitat şi grevat de multiple dezordini majore, dintre care unele pot antrena decesul bolnavului. În consecinţă :

- Corectarea pierderilor sanguine şi restabilirea echilibrului hidro-mineral se va face cu toată atenţia, în conformitate cu bilanţurile zilnice
- Stabilizarea tensională este de cea mai mare importanţă şi poate fi realizată prin măsurile cunoscute.
- Combaterea durerii se va face cu deosebită atenţie.
- Monitorizarea bolnavului ne permite urmărirea corectă a componentelor viscerale majore.
- Gimnastica respiratorie şi mobilizarea precoce se vor afla în atenţia echipei de reanimatori.
- Tratamentul peristaltic şi reluarea alimentaţiei precoce vor contribui la combaterea stărilor de distensie abdominală şi pareză intestinală, relativ frecvente.

XIII COMPLICAŢII POSTOPERATORII

COMPLICAŢIILE POSTOPERATORII trebuie sesizate din timp iar tratamentul nu trebuie să întârzie. Astfel :

- Stările severe de şoc-colaps pot continua şocul intraoperator dar când acestea depăşesc limitele obişnuite, trebuie considerate ca şi complicaţii postoperatorii, care reclamă intensificarea măsurilor terapeutice.
- Aritmiile grave pot îmbrăca diverse aspecte şi reclamă surprinderea lor din primele momente şi măsuri cât mai drastice, altfel bolnavul se poate pierde.
- Insuficienţa suprarenală acută trebuie sesizată şi tratamentul aplicat în mod corect.
- Stările de distensie abdominală şi de meteorism pot dura neobişnuit de mult şi să nu cedeze la tratamentele uzuale, putând mima stări ocluzive, chiar după ce bolnavul schiţează o reluare de tranzit

intestinal.

- Hematomul retro-peritoneal poate întreţine starea de şoc-colaps sau distensia abdominală şi poate, în anumite cazuri, să reclame intervenţia de drenaj.
- Hematomul supurat trebuie să fie suspectat în cazurile în care anemia şi tulburările digestive sunt însoţite de stare febrilă sau septică, cu atât mai mult cu cât acestea survin la distanţă mai mare de la intervenţie.
- Leziunile nerecunoscute ale viscerelor cavitare se pot trăda prin supuraţii importante care, în timp, se dovedesc a fi fistule ale organelor respective : duoden, colon etc.
- Hernia diafragmatică poate apare, ca şi eventraţiile diverse, la bolnavii taraţi sau în deficit biologic marcat.
- Supuraţiile parietale pot avea un mers obişnuit, complicând evoluţia postoperatorie.

XIV SECHELE POSTOPERATORII

SECHELELE POSTOPERATORII depind de indicaţia de suprarenalectomie.

- În unele situaţii se citează apariţia unor pusee de hipertensiune sau instalarea uneia persistente.
- Sindromul ischemiei periferice a extremităţilor poate fi citat şi impune măsuri corespunzătoare.
- Fiind vorba de o intervenţie pe un organ endocrin major, sechelele postoperatorii pot ţine, în raport cu indicaţiile, de necesitatea compensării unora dintre aceste deficite mai mult sau mai puţin importante.

XV REZULTATE, PROGNOSTIC.

- Mortalitatea postoperatorie marchează valori de 2 - 3 %.
- Nu trebuie uitat că o anumită patologie, mai ales cea tumorală, ne pune în faţa unor bolnavi cu grave alterări organice şi deficite biologice.
- Rezultatele, ca şi prognosticul, depind mai ales de afecţiunea care a recomandat intervenţia şi de acurateţea indicaţiei şi a realizării tehnice.

37

SIMPATECTOMIA LOMBARĂ

I DEFINIŢIE

SIMPATECTOMIA LOMBARĂ este intervenţia chirurgicală prin care se realizează extirparea lanţului simpatic lombar, ramuri şi ganglioni.

II ANATOMIE CHIRURGICALĂ

A. SIMPATICUL LOMBAR,

- Continuă lanţul simpatic dorsal, de la nivelul stâlpului extern al diafragmului şi este urmat de lanţul simpatic sacrat, la nivelul promontoriului.
- Simpaticul lombar, ca şi celelalte segmente, este alcătuit din :
  - * ganglioni,
  - * cordoane intermediare,
  - * ramuri comunicante şi
  - * ramuri eferente.
- Simpaticul se află situat pe faţa antero-laterală a corpilor vertebrali, la cca 1 - 2 cm medial de arcadele psoasului, care lasă loc de trecere pentru ramurile comunicante.
- Rapoartele simpaticului lombar sunt reprezentate de :
  - = planul osos :
    - * faţa antero-laterală a corpilor vertebrali, peste care trec, transversal, vasele lombare (postero-intern) ;
  - = marile vase (anterior) :

* vena cavă inferioară (în dreapta), acoperind lanţul simpatic, şi
* aorta (în stânga), lanţul simpatic fiind plasat ceva mai în afara planurilor corpilor vertebrali.

= arcadele psoasului (extern).

B. GANGLIONII SIMPATICI LOMBARI se află situaţi pe traseul lanţului simpatic şi au unele variaţii numerice : 5, 3 sau 4 :

- Primul ganglion simpatic este mic şi inconstant, se află situat în grosimea stâlpilor diafragmatici, uneori fuzat cu ganglionul al XII-lea dorsal.
- Ganglionii II şi III sunt mai voluminoşi, corespund vertebrelor respective şi sunt cel mai frecvent extirpaţi.
- Ganglionul IV este inconstant şi situat sub iliaca primitivă.
- Al V-lea ganglion simpatic este plasat înapoia vaselor iliace, mai greu accesibil, putând fi fuzionat cu ganglionul IV.

III OBIECTIVE şi PRINCIPII

OBIECTIVUL PRINCIPAL al intervenţiei este suprimarea întregului lanţ simpatic lombar, cu toate elementele sale.

PRINCIPIILE intervenţiei :

- Simpatectomia lombară face parte dintre intervenţiile hiperemiante, fiind cea mai veche şi cea mai eficientă.
- Pentru realizarea scopului propus, respectiv, suprimarea componentei vasoconstrictive, este neapărat necesară, nu numai întreruperea lanţului simpatic lombar ci şi extirparea lui în întregime (ganglioni, cordoane intermediare, ramuri comunicante şi eferente), pe distanţă cât mai mare, întrucât simpaticul lombar conţine contingentul cel mai mare de fibre care asigură vasomotricitatea membrului inferior.
- Nu trebuie ignorat faptul că vazomotricitatea este asigurată şi de ramuri vasculare (constrictoare) din nervii spinali, care realizează adevărate plexuri perivasculare, adventiciale, segmentare, care nu sunt influenţate de simpatectomia lombară, ceea ce poate diminua sau chiar anula efectul simpatectomiei.
- Simpatectomia lombară are sau poate avea un efect hiperemiant, prin vasodilataţia pe care o realizează dar este absolut necesar ca această dilataţie să aibe o justificare anatomică ; în cazurile de alterări parietale vasculare avansate, efectul vasodilatator nu se mai

produce sau, dimpotrivă, determină un efect paradoxal care poate agrava condiţiile circulatorii ale membrului inferior ; de aici, necesitatea alegerii cu atenţie a subiecţilor care vor fi supuşi unei astfel de intervenţii.

- În afara unei bune explorări vasculare, a unui diagnostic corect şi a unei stadializări necesare, este bine ca simpatectomia lombară să fie " prefigurată " în efecte, de un blocaj anestezic lombar corect, care poate realiza o simpatectomie medicamentoasă pasageră.
- Astăzi nu se mai poate admite aplicarea simpatectomiei lombare pentru orice tip de vasculopatie periferică pe motivul suprimării spasmului supraadăugat, tocmai datorită efectului paradoxal care poate urma.
- Simpatectomia lombară reprezintă numai un moment al unui complex terapeutic medico-chirurgical.

IV INDICAŢII şi CONTRAINDICAŢII

INDICAŢIILE, mult mai variate altădată, sunt limitate în prezent şi se referă la :

1. Chirurgia vasomotricităţii :
   a. trombangeitele de tip BUERGER constituie indicaţia majoră dar numai în stadiile precoce, înainte de apariţia tulburărilor trofice;
   b. sindroamele vasomotorii de tip REYNAUD, acrocianoza şi eritromelalgia,
   c. sindroamele vasomotorii ale vechilor poliomielitici,
   d. edemele postflebitice,
   e. ca factor complimentar al chirurgiei vasculare (trombectomii, embolectomii, endarterectomii, proteze vasculare, by-pass etc.).
2. Chirurgia durerii :
   a. bonturi de amputaţie dureroase,
   b. cauzalgii,
   c. nevralgiile sciatice rebele la tratamentele comune,
   d. crizele tabetice,
   e. cancerele genitale extinse etc.
3. Alte afecţiuni :
   a. boala LITTLE, paralizia spasmodică,
   b. megacolon,
   c. hiperhidroză,
   d. ulcere trofice, osteoporoze post-traumatice, artrite, poliartrite etc.
   e. arterita diabetică poate reprezenta o indicaţie relativă, alături de

tratamentul de fond.

CONTRAINDICAŢILE sunt reprezentate de :

- Contraindicaţiile generale ale tuturor intervenţiilor chirurgicale de amploare : vârstnici, insuficienţe cardiace sau cardio-pulmonare, hepato-renale etc.
- Arteriticii în plin puseu evolutiv.
- Arteritele de depozit.
- Arteritele cu tulburări trofice avansate, care depăşesc limitele degetelor.
- Siringomielie, paraplegie spastică familială etc.

V PREGĂTIRE PREOPERATORIE

În afara unei bune pregătiri biologice şi viscerale comune pentru orice intervenţie majoră, se poate vorbi de o pregătire proprie :

- Repausul fizic, în scopul reducerii consumului de oxigen la nivelul ţesuturilor şi pentru diminuarea solicitării vasculare ; în acest fel se va ameliora puseul evolutiv al arteriticului.
- Tratamentul vasodilatator obişnuit.
- Blocajul novocainic lombar va fi repetat, mai ales dacă acesta are un efect benefic net.
- Tratamentul antibiotic poate fi uneori necesar, dar mai ales o vaccinare nespecifică poate induce o evoluţie ulterioară favorabilă.
- O bună explorare vasculară, mai ales cu mijloace neinvazive, este absolut necesară.

VI ANESTEZIE

ANESTEZIA GENERALĂ este de preferat deoarece conferă toate avantajele unei anestezii de calitate.

Pentru subiecţii bine aleşi, **ANESTEZIA DE CONDUCERE** de tip PERIDURALĂ poate fi folosită cu succes.

ANESTEZIA RAHIDIANĂ este mai puţin indicată datorită faptului că poate induce hipotensiune marcată, nefavorabilă arteriticilor în general.

VII INSTRUMENTAR

COMUN - tava sau trusa de intervenţii mari.

SPECIAL - valve abdominale late şi adânci, pense disectoare fine etc.

VIII DISPOZITIV OPERATOR

BOLNAVUL - în decubit dorsal comun sau uşor rotat spre partea opusă, cu sul aplicat la baza toracelui.

ECHIPA OPERATORIE :

1. Operatorul - de aceeaşi parte cu lanţul simpatic pe care se intervine.
2. Ajutoarele - în faţa chirurgului.

IX TEHNICĂ

Simpatectomie lombară pe cale antero-laterală extraperitoneală LERICHE-FONTAINE

A. CALEA DE ABORD :

1. Incizia începe (sau se termină) la extremitatea anterioară a coastei XI-a şi coboară, descriind o curbă cu concavitatea internă, până la cca 2 cm înăuntrul spinei iliace antero-superioare, merge apoi paralel cu arcada crurală, pentru a se termina (sau începe) la două laturi de deget de marginea dreptului abdominal ; incizia interesează pielea şi ţesutul celular subcutanat şi reclamă o hemostază corectă.
2. Străbaterea planului muscular implică :
   a. secţiunea aponevrozei marelui oblic pe toată lungimea ei,
   b. disocierea micului oblic şi a transversului, ceeace permite pătrunderea sub planul muscular şi secţiunea lui pe întindere corespunzătoare ; hemostaza foarte atentă este obligatorie ;
   c. disocierea fasciei transversalis perfectează pătrunderea în spaţiul retro-peritoneal.

B. DECOLAREA PERITONEALĂ se face înăuntru, începând de la nivelul psoasului, fără a leza nervul genito-crural care iese din psoas, ridicând odată cu peritoneul şi ureterul, ceea ce ne conduce direct pe lanţul simpatic.

C. REPERAJUL LANŢULUI SIMPATIC şi DISECŢIA lui :

1. Se face pe planul osos, pe feţele antero-laterale ale corpilor vertebrali, înăuntrul arcadelor psoasului, sub vase ; este mai facil să căutăm lanţul nervos începând de jos, de la nivelul vaselor iliace primitive, de la ganglionul IV, evoluând în sus.
2. Susţinem lanţul simpatic reperat şi disecat, pe un fir de nylon, cu tracţiuni dozate.
3. Secţionăm, din aproape în aproape, toate ramurile comunicante interne, disecând delicat în lungul lanţului simpatic, izolând ganglion cu ganglion, cu atenţie pentru a nu leza vasele lombare ; este recomandabil

să ridicăm lanţul şi ganglionii într-o piesă unică, lucru nu întotdeauna realizabil ; piesa extirpată, examinată, o încredinţăm histopatologului.

4. Secţiunea lanţului simpatic se va face sub al doilea ganglion, în partea superioară şi sub al patrulea, distal ; de remarcat că prin incizia aleasă, nu putem urca la nivelul ganglionului I, care este acoperit de duodenul III.

D. CONTROLUL HEMOSTAZEI, DRENAJUL SPAŢIULUI RETRO-PERITONEAL şi REFACEREA PERETELUI ABDOMINAL încheie intervenţia chirurgicală.

X VARIANTE TEHNICE

A. CALEA DE ABORD poate fi diferită ; se descriu două căi principale :

1. **Calea extraperitoneală**, care are avantajul că evită deschiderea peritoneului, permite o disecţie mai înaltă a simpaticului dar fără posibilitatea abordului bilateral. Dintre aceste căi menţionăm :
   a. incizia antero-laterală LERICHE-FONTAINE, descrisă ;
   b. incizia antero-laterală ŞAPOVALOV, o pararectală în fapt ;
   c. incizia antero-laterală LERICHE-FONTAINE transversală, care se întinde de la marginea dreptului până la aceea a marelui dorsal, la un lat de deget sub coasta a XII-a ;
   d. incizia DOS SANTOS este orizontală, la cca 2 cm deasupra ombilicului şi străbate tecile drepţilor fără secţiune musculară ; convine simpatectomiei bilaterale dar este foarte laborioasă ;
   e. lombotomia clasică, cu sau fără rezecţia coastei a XII-a, este exagerată ca sacrificiu muscular pentru intervenţia în sine ;
   f. alte incizii sunt mai mult sau mai puţin folosite.
2. **Calea transperitoneală** poate realiza abordul bilateral al simpaticului lombar dar are dezavantajul laparotomiilor în general :
   a. laparotomia pararectală sau transrectală este mai puţin folosită ;
   b. coeliotomia mediană supra şi subombilicală este mai utilă ; apar variante referitoare la modul de traversare a peritoneului parietal posterior :
      = LERICHE foloseşte o incizie separată pentru fiecare lanţ simpatic lombar ;
      = incizia mediană unică este mai delabrantă şi mai riscantă ;
      = calea latero-colică este şi mai puţin folosită.

B. Variante legate de simpatectomia însăşi :

◆ Ramisecţiunea lombară păstrează un interes istoric şi constă în

secţiunea ramurilor comunicante, cât mai aproape de lanţul simpatic.

- Simpatectomia inter-lombo-sacrată (DANIELOPOLU), de asemeni cu interes istoric, consta în rezecţia transperitoneală a lanţului simpatic, pe distanţă de 1 cm, cu rezecţia unui ganglion bilateral.
- Simpatectomia lombară cu rezecţia ganglionului I, deşi produce o vasodilataţie mai bună, determină tulburări sexuale majore, mai ales în cazurile de rezecţie bilaterală, motiv pentru care indicaţiile sunt mai restrânse.

XI INCIDENTE şi ACCIDENTE INTRAOPERATORII

Intervenţie delicată datorită rapoartelor lanţului simpatic şi profunzimii sale, incidentele şi accidentele intraoperatorii pot surveni :

- Calea de abord nesatisfăcătoare poate deveni jenantă mai ales în unele momente ale intervenţiei.
- Hemoragia, prin lezarea vaselor lombare este un accident neplăcut întrucât hemostaza este dificilă : pensarea vaselor nu este posibilă, electrocoagularea sau compresiunea putând opri sângerarea.
- Leziunea marilor vase, a cavei inferioare mai ales, reclamă o rezolvare în deplină cunoştinţă de cauză.
- Lezarea ureterului este rară şi reclamă atitudine corespunzătoare.
- Deschiderea peritoneului impune sutura fără drenaj.
- Confuzia între ganglionii simpatici şi cei limfatici este posibilă numai pentru moment, caracterele lor fiind distincte.

XII ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

ÎNGRIJIRILE POSTOPERATORII, în afara reechilibrării complexe a bolnavului, se referă, mai ales, la combaterea distensiei şi meteorismului abdominal care însoţesc această intervenţie. Tratamentul cu alfa şi beta-blocante, asigurarea necesarului de electroliţi, mobilizarea precoce şi reluarea unei alimentaţii naturale adecvate, diminuă amploarea şi durata acestei distensii.

XII COMPLICAŢII POSTOPERATORII

- Hemoragiile postoperatorii pot surveni, cu sursă în vasele lombare lezate sau în musculatura peretelui abdominal.

- Mai frecvent, hematomul retroperitoneal poate întreţine starea de distensie abdominală postoperatorie şi poate reclama reintervenţii de evacuare.
- Supuraţia retro-peritoneală survine, cel mai frecvent, prin infectarea unui hematom retro-peritoneal şi poate impune, de asemeni, un tratament general şi gesturile chirurgicale de evacuare.
- Fistulele digestive pot apare ca urmare a unor leziuni nerecunoscute ale duodenului sau ale colonului şi reclamă atitudine corespunzătoare.
- Gangrena extremităţilor poate surveni prin mecanisme incomplet elucidate ; furtul vascular, tocmai din segmentele cu circulaţie precară, poate fi incriminat.
- Hiperemia paradoxală, la nivelul membrului contro-lateral poate fi explicată prin existenţa unor legături anormale între cele două lanţuri simpatice.
- Tulburările sexuale pot să apară, mai ales în cazurile de simpatectomii înalte şi bilaterale.

XIV SECHELE POSTOPERATORII

SECHELELE POSTOPERATORII sunt rare ; ele pot consta în dureri persistente, timp de 3 - 4 luni, granulom de fir, eventraţii, periviscerite etc. Sechelele legate de afecţiunea pentru care s-a intervenit, respectiv de arterita bolnavului, nu trebuie atribuite intervenţiei propriu-zise.

XV REZULTATE, PROGNOSTIC

- Rezultatele postoperatorii trebuie corelate cu indicaţia şi afecţiunea de fond a bolnavului ; la o mortalitate redusă, situată între 0 şi 1 %, rezultatele pot fi socotite inconstante, în raport cu o multitudine de factori : boală, stadiu, subiect etc.
- În unele cazuri, simpatectomia lombară poate aduce ameliorări de lungă durată, bine apreciate de către bolnavii dominaţi de suferinţe vechi şi deosebit de chinuitoare, dar nu trebuie ignorate celelalte modalităţi terapeutice, simpatectomia reprezentând doar secvenţa unui complex.
- Prognosticul este variabil, dominat de datele de mai sus şi de afecţiunea care a impus simpatectomia lombară.

38

HISTERECTOMIA SUBTOTALĂ

I DEFINIŢIE

HISTERECTOMIA SUBTOTALĂ este intervenţia chirurgicală prin care se extirpă uterul în segmentul său corporeal, cu păstrarea colului uterin şi a anexelor, motiv pentru care se mai numeşte şi **HISTERECTOMIE ISTMICĂ INTERANEXIALĂ.**

II ANATOMIE CHIRURGICALĂ

A. UTERUL, organ median, nepereche, pelvin în afara sarcinii şi unor procese patologice şi pelvi-abdominal în cursul sarcinii,

- Are forma unui trunchi de con sau unei pere răsturnate,
- Cu dimensiunile de 6 / 4 / 2 cm la nulipare, cu câte un cm în plus pentru multipare, şi mult mai mari pentru uterul gravid sau patologic.
- Uterul are două segmente :
  - = corpul şi
  - = colul uterin, despărţite un segment intermediar,
  - = istmul uterin, un şanţ semicircular vizibil mai ales pe faţa anterioară şi marginile organului.

a. CORPUL UTERIN este turtit antero-posterior şi prezintă :

- = o faţă anterioară sau vezicală, mai plată,
- = o faţă posterioară sau intestinală, bombată,
- = fundul uterin, rectiliniu sau curbat,
- = două margini (dreaptă şi stângă) şi

= unghiurile sau coarnele uterine, unde se inseră trompele.

b. COLUL UTERIN, mai mare decât corpul uterin la fetiţe, aproape egal la nulipare şi mai mic la femeile care au născut,

= are forma unui butoiaş pe care se inseră vaginul, în aşa fel încât inserţia posterioară urcă mai sus, ceea ce face ca fundul de sac posterior să fie mai lung ;

= inserţia vaginului pe col îl împarte într-o zonă supra-vaginală şi o alta intra-vaginală ;

= colul uterin are un orificiu extern, mic şi circular la nulipare şi transversal sau neregulat la multipare şi

= o cavitate virtuală, un canal care face comunicarea între vagin şi cavitatea uterină.

◆ Greutatea uterului, în afara sarcinii şi proceselor patologice este de 50 - 70 gr şi are

◆ Consistenţă fermă către dur, caracteristică.

◆ Poziţia normală a uterului este cea de

= anteflexie (unghiul dintre axul corpului şi al colului) şi

= anteversie (unghiul dintre axul colului şi al vaginului), ambele deschise anterior.

◆ Mijloacele de fixare ale uterului au o mare importanţă în fiziologia organului şi sunt reprezentate de :

a. peritoneu, care înveleşte corpul uterin în totalitate, reflectându-se :

= anterior, la nivelul vezicii, unde realizează fundul de sac vezico-uterin,

= posterior, pe faţa posterioară a vaginului, determinând, înaintea rectului, fundul de sac DOUGLAS, punctul cel mai decliv al cavităţii peritoneale şi

= lateral, unde determină ligamentele largi ; acestea

- urmează direcţia generală a uterului,
- fiind formate din două foiţe (anterioară şi posterioară) care
  * învelesc, în partea superioară, trompele şi apoi,
  * coboară, pentru a se etala într-o bază densă, care formează PARAMETRUL ;
  * între cele două foiţe ale ligamentului larg, se află elementele vasculo-nervoase genitale, formând
    » mezo-ovarul,
    » mezo-salpingele şi
    » mezometrul.

b. ligamentele rotunde pornesc de la unghiurile tubare ale uterului şi,

sub forma unor cordoane musculo-conjunctive, străbat ligamentele largi, pătrunzând în canalele inguinale, pentru a se termina la nivelul penilului şi buzelor mari, unde se etalează.

◆ Mijloacele de susţinere ale uterului au egală importanţă în statica uterină şi sunt reprezentate de :

a. rapoartele cu rectul şi vezica,

b. aponevrozele sacro-recto-genito-pubiene şi, mai ales, de

c. diafragmul pelvin.

B. VASCULARIZAŢIA

A R T E R E L E :

1. **Artera uterină**, principalul ram arterial al organului,

= ia naştere din artera iliacă internă, izolat sau, mai frecvent, printr-un trunchi comun cu artera ombilicală ;

= de la origine, artera coboară pe peretele pelvin şi, prin baza ligamentului larg, pătrunde în acesta, îl străbate oblic, pentru ca, la cca 1,5 - 2 cm de marginile uterului, să descrie un arc, îndreptându-se în sus, către marginile uterului, unde se termină cu o bifurcaţie :

– ramul ovarian, care se anastomozează cu artera ovariană şi

– ramul tubar, care se anastomozează cu ramul tubar din artera ovariană ;

= ramurile colaterale sunt reprezentate de :

– ramuri peritoneale, ureterale şi vezicale,

– artera vaginală şi

– ramuri ale corpului uterin.

= rapoartele delicate ale arterei uterine sunt reprezentate, în principal, de URETER, pe care-l întâlneşte :

– în segmentul parietal, ureterul aflându-se înapoia şi dedesubtul arterei şi

– în segmentul ligamentului larg, unde ureterul trece dinapoi înainte, pe sub arteră, încrucişarea celor două elemente anatomice situându-se la cca 2 cm lateral de col şi la 1 cm în sus şi în afară de domul vaginal ; de remarcat că în timp ce ureterul poate fi disecat cu uşurinţă, vasele aderă la atmosfera conjunctivă a parametrului.

2. **Artera ovariană** şi

3. **Artera ligamentului rotund** contribuie, în mai mică măsură, la irigarea uterului.

V E N E L E iau naştere din sinusurile uterine, realizează plexurile

venoase ale uterului şi converg către venele uterine, care se varsă în :

= iliaca internă şi
= în venele tubo-ovariene şi, mai departe
  - în vena cavă inferioară (în dreapta) şi
  - în vena renală (în stânga).

L I M F A T I C E L E , rezumând reţelele mucoasă şi musculoasă, se adună într-o reţea subseroasă, de unde pornesc colectorii :

1. Un **curent principal**, care trece prin parametre şi ajunge la ganglionii iliaci (mai ales la bifurcaţia iliacei comune) şi
2. Două **curente accesorii** :
   = unul care ajunge la ganglionii sacro-lombari, prin planşeul pelvin, şi
   = altul care ajunge la ganglionii lombari, prin marginile superioare ale ligamentului larg.

III OBIECTIVE şi PRINCIPII

OBIECTIVUL PRINCIPAL al intervenţiei este reprezentat de îndepărtarea corpului uterin, cu păstrarea istmului şi a anexelor, ceea ce suprimă menstruaţia şi funcţia gestativă dar conservă funcţiile endocrine şi evită tulburările de statică uterină.

PRINCIPIILE intervenţiei sunt bine codificate :

- Intervenţia este categoric mutilantă, neaparţinând chirurgiei funcţionale a uterului.
- Convine numai afecţiunilor benigne cu caracter difuz, care cuprind întreg organul şi care nu se pretează la intervenţii limitate.
- Corpul uterin este îndepărtat în totalitate, împreună cu peritoneul corespunzător, păstrând colul uterin cu vascularizaţia intactă.
- Intervenţia trebuie să evolueze în aşa fel încât să menajeze la maximum vascularizaţia anexelor, de unde necesitatea ca arterele uterine să fie secţionate razant cu peretele uterin.
- Reimplantarea ligamentelor rotunde pe bontul istmic poate contribui la evitarea tulburărilor de statică genitală.
- Păstrarea anexelor implică integritatea anatomică a acestora, altfel atitudinea nu este justificată.
- Păstrarea colului uterin poate induce apariţia tardivă a cancerului de col uterin, motiv pentru care, la femeile de peste 40 de ani, este preferată histerectomia totală.

IV INDICAŢII şi CONTRAINDICAŢII

INDICAŢIILE histerectomiei subtotale sunt mereu mai restrânse, în favoarea intervenţiilor conservatoare sau ale histerectomiilor totale simple :

1. Fibromatoza uterină difuză, cu fibroame voluminoase sau cu noduli multipli.
2. Metropatia hemoragică recidivantă, fără răspuns la tratamentele medicale corecte.
3. Tumorile ligamentare care nu pot fi extirpate izolat.
4. Afecţiunile inflamatorii avansate, fără răspuns la tratamentele de alt tip : necrozele septice sau aseptice după cezariană sau avorturi septice, ca intervenţie de absolută necesitate.
5. Rupturile uterine, apoplexiile utero-placentare, atonia post-partum, placenta accreta etc.

COTTE : " Cu cât o histerectomie este mai facilă, cu atât ea a fost mai puţin indicată "

CONTRAINDICAŢIILE rezultă din indicaţiile intervenţiilor limitate, conservatoare sau, dimpotrivă, ale celor cu caracter extensiv :

1. Afecţiunile maligne,
2. Leziunile care pot beneficia de intervenţii cu caracter limitat,
3. Leziuni vechi şi suspecte ale colului uterin,
4. Salpingo-ovarite cronice severe,
5. Prolapsul uterin cu alterări ireversibile ale uterului etc.

V PREGĂTIRE PREOPERATORIE

Pregătirea generală poate fi necesară, de cele mai multe ori având de rezolvat bolnave cu suferinţe vechi, cu metroragii prelungite, care aduc organismul într-o stare biologică precară ; în acest sens, se va face o pregătire biologică corespunzătoare, ca şi una viscerală, după caz ; repausul la pat, tratamentul rezolutiv, vaccinarea nespecifică sau antibioterapia, reechilibrarea volemică şi metabolică etc. sunt mijloace terapeutice de valoare .

Sunt şi situaţii în care histerectomia subtotală are o indicaţie de urgenţă şi reclamă o pregătire minimă : avort septic, apoplexie utero-placentară, rupturi uterine etc.

Pregătirea locală are importanţă şi urmăreşte, mai ales, aseptizarea vaginală corectă.

VI ANESTEZIE

ANESTEZIA GENERALĂ îndeplineşte condiţiile ideale pentru o intervenţie în cele mai bune condiţii.

ANESTEZIA DE CONDUCERE, peridurală sau rahidiană, poate reprezenta o modalitate de ales, la bolnavele slabe sau la care nu ne aşteptăm la dificultăţi intraoperatorii deosebite.

VII INSTRUMENTAR

COMUN - tava mare pentru intervenţii abdominale.

SPECIAL - pense de uter, depărtător autostatic cu valvă suprapubiană, valve adânci, aspirator, bisturiu electric etc. Echipamentul pentru intervenţii laparoscopice.

VIII DISPOZITIV OPERATOR

* Pentru operaţia clasică :

BOLNAVA - în decubit dorsal şi TRENDELENBURG moderat.

ECHIPA OPERATORIE :

1. Operatorul - de partea stângă a bolnavei.
2. Ajutoarele - în faţa chirurgului operator.

* Pentru operaţia pe cale vaginală :

BOLNAVA - în poziţie ginecologică, cu membrele flectate pe abdomen şi bine depărtate, fixate pe suporturile mesei de operaţie.

ECHIPA OPERATORIE :

1. Operatorul - la perineul bolnavei, aşezat pe scaun.
2. Ajutoarele - de o parte şi de alta a operatorului.

* Pentru operaţia coelioscopică :

BOLNAVA - în decubit dorsal, cu membrele înferioare depărtate, sprijinite pe suporţii mesei.

ECHIPA OPERATORIE :

1. Operatorul - între membrele inferioare ale bolnavei.
2. Ajutoarele - la dreapta şi la stânga operatorului

IX TEHNICĂ

Histerectomie subtotală interanexială, pe cale abdominală, pentru tumoră benignă.

A. CALEA DE ABORD - coeliotomia mediană subombilicală, mai

scurtă sau mai lungă, după subiect.

B. EXPLORAREA intraoperatorie are o importanţă particulară şi vizează atât uterul cu leziunile sale cât şi anexele, celelalte organe pelvine şi abdominale şi va contura mai bine, indicaţia operatorie şi posibilităţile de realizare în cele mai bune condiţii.

C. IZOLAREA ANSELOR INTESTINALE într-un câmp moale şi plasarea lor în spaţiile abdomenului superior (masa se află în TRENDELENBURG), optimizează câmpul operator.

D. MOBILIZAREA UTERULUI deasupra strâmtorii superioare este un timp important pentru desfăşurarea intervenţiei ; pense puternice aplicate pe fundul uterului, fire tractoare groase sau chiar mâna care prinde ferm uterul, realizează această mobilizare.

E. SECŢIUNEA LIGAMENTELOR ROTUNDE şi a **ANEXELOR,** aproape de uter, la 1 - 2 cm, între ligaturi sprijinite şi păstrate în pense, amorsează histerectomia.

F. ELIBERAREA MARGINILOR UTERINE se realizează cu ajutorul tamponului montat sau cu foarfecele, dinspre fundul uterului spre istmul uterin, în timp ce corpul organului este tracţionat în sus.

G. SECŢIUNEA PERITONEULUI se face mai întâi anterior, la nivelul fundului de sac vezico-uterin apoi, după bascularea uterului înainte către simfiza pubiană, şi posterior, deasupra ligamentelor utero-sacrate.

H. PENSAREA ŞI SECŢIONAREA PEDICULULUI UTERIN, de o parte şi de cealaltă, se realizează aplicând pensa lui J.L.FAURE, perpendicular pe axul organului, în aşa fel încât ea să " muşte " uşor din marginea uterină, pentru a prinde întregul pedicul vascular ; o altă pensă aplicată pe uter, permite secţionarea pediculului uterin.

I. SECŢIUNEA ISTMULUI UTERIN se face oblic, încât secţiunea să lase în col un defect conic, cu vârful spre vagin ; în acest moment, piesa operatorie este detaşată, histerectomia propriu-zisă este terminată ; în timp ce un ajutor secţionează piesa şi o prezintă examenului macroscopic, operaţia continuă.

J. LIGATURA PEDICULILOR UTERINI se realizează cu ajutorul unor ligaturi sprijinite, cu fir transfixiant.

K. SUTURA BONTULUI UTERIN se face cu fire separate de catgut gros, trecute în " X " sau în " U ", într-un plan, rareori în mai multe.

L. PERITONIZAREA, cu ajutorul unui surjet de catgut, acoperă bonturile ligamentare, anexiale şi uterin.

M. TOALETA CAVITĂTII PERITONEALE, DRENAJUL şi REFACEREA PERETELUI ABDOMINAL încheie intervenţia.

X VARIANTE TEHNICE

A. CALEA DE ABORD poate fi incizia PFANNENSTIL sau mediana prelungită supra ombilical ; nu trebuie uitată calea vaginală.

B. HISTERECTOMIA INVERSĂ evoluează dinspre istmul uterin către fundul organului.

C. Secţionarea peritoneului vezico-uterin poate începe de la o butonieră mediană, evoluând în sus şi lateral, către ligamentele rotunde, ceea ce păstrează mai mult din peritoneu şi facilitează peritonizarea.

D. Se poate rezeca mucoasa endocervicală ; unii o fac de principiu, mai ales pentru cervicitele cronice ; această manevră evită, într-o măsură, cancerul de col uterin restant.

E. Fixarea ligamentelor rotunde la bontul uterin.

F. Peritonizarea limitată sau pe segmente.

G. HISTERECTOMIA PE CALE VAGINALĂ reprezintă o variantă preferată de către unii practicieni.

H. HISTERECTOMIA COELIOSCOPICĂ este realizabilă în bune condiţii, pentru leziuni mai limitate şi presupune fragmentarea uterului în cavitatea peritoneală pentru ca acestea să poată fi exteriorizate prin peretele abdominal.

I. Histerectomia subtotală cu rezecţia unei anexe sau în alte variante de păstrare sau extirpare a elementelor anexiale.

J. HISTERECTOMIA SUBTOTALĂ cu PĂSTRAREA UNUI LAMBOU ENDOMETRIAL vizează asigurarea unui ciclu menstrual oarecare.

XI INCIDENTE şi ACCIDENTE INTRAOPERATORII

Incidentele şi accidentele intraoperatorii pot ţine de o cale de abord insuficientă, de obezitatea bolnavei, de bazinul foarte strâmt sau datorită unui uter voluminos, aderent de organele vecine, cu remanierea importantă a anatomiei locale ş.a.m.d., situaţiii la care chirurgul trebuie să se adapteze, pentru a minimaliza incidenţa accidentelor posibile. Dintre acestea se pot menţiona :

A. HEMORAGIA poate îmbrăca două aspecte :

- Hemoragia pediculară, datorată insuficienţei ligaturilor sau derapării lor ; prevenirea acestor accidente este, evident, mai importantă, prin individualizarea corectă a pediculilor, prin

aplicarea unor ligaturi sprijinite, relaxarea penselor în timpul strângerii firelor etc ; fără îndoială că în astfel de cazuri, hemostaza chirurgicală trebuie să se refacă după toate regulile cunoscute : uscarea câmului operator, pensarea pediculilor, aplicarea ţintită, la vedere şi nu întâmplătoare a penselor, ligaturi corecte, etc.

- Hemoragia difuză, în suprafaţă, a spaţiilor decolate, este mai delicată, mai greu de stăvilit, anunţă o fibrinoliză posibilă ; serul fierbinte, aplicarea unor pelicule hemostatice, meşajul, alături de tratatamentul general pot rezolva accidentul.

☞ **Atenţie ! Semnele fibrinolizei incipiente preced pe cea adevărată cu care vom avea mai mult de lucru.**

B. LEZIUNEA ORGANELOR VECINE poate surveni, din cauzele menţionate mai sus :

Ureterul, supranumit şi " spaima ginecologului " îşi justifică supra-numele prin frecvenţa cu care poate fi lezat în timpul operaţiilor ginecologice ; el poate fi secţionat parţial sau total, prins în ligatură sau numai înţepat, cu ocazia diferiţilor timpi : disecţie, ligatură pediculară, peritonizare, hemostază în bloc, etc.; cel mai corect mijloc de evitare a leziunilor ureterale este identificarea, izolarea şi păstrarea lui la vedere, în permanenţă şi, mai ales, controlul său, mai înainte de realizarea unui gest susceptibil de a-l leza.

☞ **Leziunea ureterală odată produsă, reclamă cunoştinţe temeinice de reparare a defectului ; în cazul în care nu ne simţim stăpâni pe soluţionarea acestui accident, oricând posibil (într-un mare institut, într-o şedinţă operatorie demonstrativă pentru histerectomie, ureterul şi-a făcut semnalată prezenţa printr-o ciupire laterală, sesizată de participanţi înaintea operatorilor !), orgoliile nejustificate nu-şi au rostul şi este mai corect şi deontologic să apelăm la alţi colegi sau chirurgi mai cu experienţă, capabili s-o facă : soluţiile inadecvate sau o tehnică imperfectă vor antrena complicaţii deosebit de severe care nu vor întârzia să apară ; acelaşi lucru se poate spune despre nerecunoaşterea intraoperatorie a leziunilor ureterale sau de ligatura completă a ambelor uretere, care va antrena " falsa anurie ".**

- Vezica urinară poate fi lezată în timpul secţiunii peritoneale a fundului de sac vezico-uterin ; reclamă sutură sub protecţia unei sonde vezicale " à demeurre ", cu condiţia ca accidentul să fi fost

sesizat. O situaţie mai delicată aparţine cazurilor în care leziuni minore, pot produce infiltraţii intraparietale vezicale sau pierderi " distilante " de urină care vor realiza flegmonul urinos, deosebit de sever.

- Secţiunea accidentală a intestinului, sigmoidului sau a rectului poate surveni în cazurile cu aderenţe multiple, vechi, cu penetraţii etc., şi reclamă aceeaşi grije particulară pentru soluţii corespunzătoare.

☞ **Cu tot respectul pentru colegii ginecologi, trebuie să arătăm că, adeseori, chirurgii sunt solicitaţi pentru rezolvarea unor incidente sau accidente intraoperatorii, mai mult sau mai puţin severe : deschideri de organe digestive, leziuni complexe, depolisări întinse etc., sigur justificate de o remaniere anatomică importantă din pelvis. Nimic nefiresc în acest apel şi chirurgul care comentează critic, şi cu atât mai mult cel care refuză ajutorul solicitat, este de condamnat. Şi totuşi ... credem că în cazurile dificile şi complexe, în care ginecologul se aşteaptă la dificultăţi intraoperatorii, mai corect este un consult preoperator cu chirurgul cu care se înţelege mai bine iar operaţia să se efectueze în echipă mixtă, ginecolog-chirurg. Beneficiul este neîndoielnic, cu mult mai mare, pentru bolnavă dar şi pentru ginecolog, care poate fi scutit de emoţii neplăcute şi nedorite de nimeni. Menţiunea este, în egală măsură, valabilă şi pentru chirurg, şi el având nevoie, uneori, de prezenţa calificată a ginecologului.**

XI ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

ÎNGRIJIRILE POSTOPERATORII au o importanţă deosebită pentru asigurarea unei evoluţii simple şi vizează tratamentul de reechilibrare şi susţinere viscerală, cu mobilizarea precoce şi reluarea unei alimentaţii naturale, cât mai curând posibil.

- O atenţie particulară trebuie să acordăm prevenirii tromboflebitei postoperatorii sau surprinderii, din timp, a manifestărilor de boală trombo-embolică, frecvente după intervenţiile în sfera genitală.

XIII COMPLICAŢII POSTOPERATORII

COMPLICAŢIILE POSTOPERATORII sunt posibile, având în vedere că intervenţia noastră s-a desfăşurat într-o zonă foarte importantă,

care implică decolări şi disecţii în vecinătatea unor trunchiuri vasculare mari, că acţionăm asupra unor organe cunoscute ca antrenând tulburări ale mecanismelor de coagulare etc.

- Hemoragiile postoperatorii precoce, pot impune reintervenţia de hemostază, fiind determinate, mai ales, de insuficienta şi incorecta rezolvare a pediculilor vasculari,
- Hemoragia difuză, datorită unei fibrinolize locale reclamă un tratament general bine condus ; uneori este foarte greu de diferenţiat etiologia unei sângerări şi gravitatea cazului ne poate obliga la relaparotomie exploratorie, cel puţin pentru a exclude o sursă chirurgicală de sângerare ; factorii etiologici se pot intrica, ceea ce reclamă o atenţie particulară din partea echipei de operatori şi reanimatori.
- Hematoamele difuze se pot trăda prin suferinţe tardive şi pot reclama intervenţii de drenaj.
- Supuraţiile localizate sau generalizate : peritonite, abcese reziduale etc. complică evoluţia postoperatorie şi reclamă reintervenţii de drenaj.
- Ocluziile intestinale sunt determinate de aderenţele inflamatorii din zonele deperitonizate sau prin depolisările intestinale ; ocluzia mecano-inflamatorie trebuie rezolvată chirurgical, în faţa eşecului tratamentului medical bine condus.
- Supuraţiile parietale şi evisceraţiile pot îmbrăca diferite aspecte şi reclamă soluţii în raport cu amploarea acestora.
- Nu trebuie uitate complicaţiile determinate de leziunile organelor conexe, nerecunoscute intraoperator.
- Complicaţiile generale, bronho-pulmonare, cardio-vasculare şi, mai ales, boala trombo-embolică, cea care poate antrena accidentul major şi fatal, trebuie avute în vedere şi prevenite sau tratate corespunzător.

XIV SECHELE POSTOPERATORII

Când indicaţia de histerectomie a fost corectă iar intervenţia a decurs după o tehnică corespunzătoare, sechelele propriu-zise lipsesc ; în context, urmările cu caracter sechelar, legate de suprimarea organului principal al procreaţiei, depind foarte mult de momentul în care se realizează intervenţia şi de afecţiunea care a recomandat-o. Se pot cita :

- Tulburările neuro-vegetative,

- Durerile pelvine persistente,
- Eventraţia,
- Granulomul de fir.
- Scurgerile vaginale, sângerarea periodică din col, leucoreile persistente ş.a.m.d. sunt tulburări care continuă o suferinţă anterioară sau apar în perioada postoperatorie ; se poate spune că sechelele postoperatorii se situează între minimum şi maximum posibil, între o viaţă normală şi o infirmitate impusă, ceea ce este şi adevărat şi explicabil.

XV REZULTATE, PROGNOSTIC

- Mortalitatea este redusă, pentru cazurile necomplicate şi operate în timp util ; nu acelaşi lucru se poate spune despre histerectomiile pentru complicaţiile obstetricale sau post-abortum, unde acestea depind foarte mult de momentul intervenţiei şi de subiectul incriminat.
- Rezultatele sunt bune, prognosticul favorabil, cu posibila reintegrare completă în mediul social şi familial.

39

ANEXECTOMIA

I DEFINIŢIE

ANEXECTOMIA este intervenţia chirurgicală prin care se realizează extirparea complexului tubo-ovarian.

II ANATOMIE CHIRURGICALĂ

A. ANEXA, complex anatomo-funcţional alcătuit din OVAR şi TROMPĂ,

- este dublă,
- simetrică,
- situată de o parte şi alta a coarnelor uterine,
- asigurând unul dintre momentele importante ale reproducerii.

B. OVARUL,

- Organ pereche şi simetric,
- Are forma unei migdale, cu dimensiuni de 4 / 3 / 1 cm şi greutatea de 6 - 8 gr, cu aspect sidefiu, consistenţă elastică şi diametrul mare aproape vertical.
- Se află situat în FOSSETA RETROUTERINĂ, delimitată de :
  = uter şi ligamentele largi (anterior) şi de
  = rect şi sacru (posterior).
- Scheletotopic se află situat
  = la 2 cm înaintea articulaţiei sacro-iliace şi
  = la 1 cm sub strâmtoarea superioară a bazinului.
- Proiecţia la peretele abdominal se află la mijlocul liniei care uneşte

spina pubiană cu spina iliacă antero-superioară, cu specificarea că organul se bucură de o mare mobilitate.

◆ Rapoartele ovarului sunt reprezentate de :

a. faţa laterală, privind către peretele excavaţiei pelvine, răspunde FOSSETEI OVARIENE, diferit delimitată la nulipare şi multipare :

= la nulipare, FOSSETA LUI KRAUSE :
- vasele iliace interne şi ureter (posterior),
- ligamentul larg (anterior),
- vasele iliace externe (în sus) şi
- arterele uterină şi ombilicală (în jos) ;
- în aria fossetei trece pachetul vasculo-nervos obturator.

= la multipare, FOSSETA LUI CLAUDIUS :
- marginea sacrului (posterior),
- artera uterină şi ureterul (anterior) ;
- fosseta este traversată de pachetul vascul-nervos gluteal inferior ;

b. faţa medială, acoperită de pavilionul tubar şi mezosalpinge, se află în raport cu ansele intestinale, cec, apendice sau sigmoid ;

c. extremitatea tubară a ovarului este mai rotunjită şi dă inserţie ligamentului suspensor al ovarului şi ligamentului tubo-ovarian ;

d. extremitatea uterină este mai ascuţită şi menajează inserţia ligamentului propriu al ovarului ;

e. marginea ligamentară este legată de foiţa posterioară a ligamentului larg prin mezoovar ;

f. marginea liberă sau posterioară vine în raport cu ansele intestinale.

◆ Mijloacele de fixare ale ovarului sunt reprezentate de :

a. ligamentul suspensor (cel mai solid), care leagă extremitatea uterină a ovarului de cornul uterin, aflându-se situat în aripioara posterioară a ligamentului larg ;

b. ligamentul tubo-ovarian leagă ovarul de trompă iar

c. mezoovarul suspendă ovarul de foiţa posterioară a ligamentului larg, sub forma unei plicaturi ligamentare.

C. TROMPA UTERINĂ,

◆ Organ pereche şi simetric,

◆ Întinsă între ovar şi corpul uterin sub forma unui conduct musculo-membranos,

◆ Are o lungime de 10 - 12 cm, un calibru inegal, şi 4 segmente :

a. **infundibulul** sau **pavilionul tubar**, format dintr-un grup de 10 -15 franjuri, dintre care unul mai lung, de cca 2 cm, vine în contact cu ovarul,

b. **regiunea ampulară**, cea mai lungă, de 7 - 9 cm,
c. **istmul tubar**, o porţiune mai îngustă şi rectilinie, de 3 - 4 cm şi
d. **porţiunea uterină** sau **interstiţială**, care străbate peretele uterin.

◆ Mijloacele de fixare ale trompei sunt reprezentate de :
a. inserţia uterină şi
b. mezosalpinge, care realizează marginea superioară a ligamentului larg, aceste elemente asigurând trompei o mobilitate importantă, legată de mişcările proprii şi de deplasările uterine.

D. VASCULARIZAŢIA anexei :

A R T E R E L E :

1. **Artera ovariană**, ram din aortă, coboară prin ligamentul suspensor al ovarului şi se termină printr-un ram ovarian şi unul tubar.

2. **Artera uterină**, ram din iliaca internă, ajunsă la nivelul unghiurilor uterine, se împarte şi ea în ramuri ovariene şi tubare. Ramurile ovariene şi tubare realizează, prin anastomoze largi, o arcadă subtubară şi una paraovariană, din aceasta din urmă, desprinzându-se 10 - 12 artere spiralate sau helicine, care pătrund în adâncul ovarului.

V E N E L E :

1. **Venele ovariene** realizează un plex pampiniform, care se uneşte cu venele uterului şi ale trompei şi realizează, în fosa iliacă, vena ovariană, care se varsă în cava inferioară (în dreapta) şi vena renală (în stânga).

2. **Venele trompei**, pe lângă fluxul realizat în venele ovariene, mai trimit afluenţi şi în venele uterine.

L I M F A T I C E L E se întâlnesc cu limfaticele uterine, ajungând la ganglionii pre- şi latero-aortici.

III OBIECTIVE şi PRINCIPII

OBIECTIVUL PRINCIPAL al intervenţiei este reprezentat de îndepărtarea totală sau parţială, unilaterală sau bilaterală, a trompelor şi ovarelor cu anatomie şi funcţie ireversibil alterate.

PRINCIPIILE unei bune intervenţii :

◆ Genitalele interne formează un complex anatomo-funcţional inseparabil, ceea ce face ca îndepărtarea uneia dintre componente să altereze în totalitate sau parţial funcţiile proprii. Ca urmare, o chirurgie conservatoare în cel mai înalt grad se impune, existenţa unor organe duble dându-ne posibilitatea realizăriii unor variante chirurgicale care se adresează componentelor recuperabile.

◆ Chirurgia genitală conservatoare îşi găseşte justificarea mai ales la

femeile tinere, la care anexectomia alterează profund şi viaţa genitorie dar şi pe cea sexuală ; nu trebuie uitat, de asemenea, că şi după menopauză, ovarul îşi păstrează funcţia endocrină.

- În absenţa mucoasei endometriale, mucoasa tubară asigură o troficitate necesară ovarelor.
- Extirparea unui ovar cu funcţii alterate nu presupune pierderea funcţiei celuilalt ovar.
- Numai indicaţiile de ordin oncologic nu respectă principiul conservatorismului funcţional.
- Alterarea limitată numai la unul dintre elementele complexului anexial, nu justifică anexectomia, pe motivul facilităţii tehnice.

IV INDICAŢII şi CONTRAINDICAŢII

INDICAŢIILE :

1. Tumori ovariene benigne :
   a. solide (fibrom) sau
   b. lichidiene (dermoide, seroase sau mucoide etc.), cu alterarea concomitentă a trompei şi care nu permit lăsarea pe loc a acesteia.
2. Supuraţiile salpingo-ovariene (piosalpinge şi pioovar).
3. Ovarita sclero-chistică, forma dureroasă, cu prinderea trompei.
4. Afecţiunile neoplazice ale ovarului, trompelor sau uterului, în cadrul unor intervenţii complexe.
5. Cancerul mamar în stadiile II - IV în cadrul tratamentului complex.
6. Torsiunile cu necrobioză.

CONTRAINDICAŢIILE sunt reprezentate de cazurile în care se pot realiza, cu efort şi migală, intervenţii cu mult mai limitate, mai ales la femeile aflate în perioada de activitate genitală.

V PREGĂTIRE PREOPERATORIE

PREGĂTIREA PREOPERATORIE poate fi mai limitată sau mai amplă în raport cu indicaţiile de anexectomie, fiind necesar tratamentul pentru asigurarea echilibrelor biologice diverse, compensarea viscerală şi, în multe cazuri, un tratament antiinflamator nespecific sau ţintit, prin antibiotice.

VI ANESTEZIE

Anestezia prin care se poate realiza o anexectomie în bune condiţii,

depinde de indicaţia acesteia.

Dacă este vorba de simpla anexectomie, ca intervenţie limitată, **ANESTEZIA DE CONDUCERE** poate fi suficientă.

Pentru situaţii complexe, **ANESTEZIA GENERALĂ cu I.O.T.** este absolut indicată.

VII INSTRUMENTAR

COMUN - tava sau trusa pentru intervenţii mijlocii.

SPECIAL - nimic deosebit. Eventual, echipamentul pentru chirurgie laparoscopică.

VIII DISPOZITIV OPERATOR

BOLNAVA - în decubit dorsal comun, eventual în TRENDELENBURG moderat, cu membrele superioare în abducţie pentru perfuzie şi aparat de tensiune.

ECHIPA OPERATORIE :

1. Operatorul - la dreapta (sau la stânga bolnavei)
2. Ajutoarele - în faţa operatorului sau lateral

IX TEHNICĂ

Anexectomie unilaterală pentru afecţiune benignă.

A. CALEA DE ABORD - coeliotomia ombilico-pubiană clasică, de dimensiuni modeste.

B. EXPLORAREA este un timp esenţial şi trebuie să aibe în vedere nu numai anexa respectivă ci toate genitalele interne ca şi restul organelor din abdomen. O bună explorare va contura şi mai bine, indicaţia operatorie.

C. SECŢIUNEA PEDICULULUI LOMBO-OVARIAN între pense solide şi aplicarea unei ligaturi sprijinite şi sigure, permite

D. SECŢIUNEA TROMPEI lângă cornul uterin şi

E. SECŢIUNEA LIGAMENTULUI UTERO-OVARIAN.

F. SECŢIUNEA şi LIGATURA LIGAMENTULUI LARG încheie intervenţia propriu-zisă, după care

G. PERITONIZAREA şi REFACEREA PERETELUI ABDOMINAL, cu sau fără drenaj, încheie operaţia.

X VARIANTE TEHNICE

A. CALEA DE ABORD poate fi şi orizontală supra-pubiană

PFANNENSTILL, mai ales pentru femeile tinere şi slabe ; calea de abord coelioscopică utilizează trei incizii bine plasate, în raport cu leziunea.

B. Pentru chisturile voluminoase, se poate face mai întâi evacuarea acestora, atât pentru a optimiza câmpul operator cât, mai ales, pentru a evita efracţia chistului şi poluarea peritoneală.

C. Pentru chisturile voluminoase dar pediculate, se va începe cu secţiunea primară a istmului, se va continua cu ligamentul larg şi apoi cu ligamentul lombo-ovarian.

D. În cazurile de formaţiuni aderente de organele vecine, cu risc major pentru acestea, lăsarea pe loc a unor segmente de perete chistic poate reprezenta o soluţie bine venită.

E. Tumorile cu dezvoltare intraligamentară impun deschiderea iniţială a ligamentului larg şi eliberarea lor dintre foiţele acestuia.

F. ANEXECTOMIA COELIOSCOPICĂ este perfect realizabilă şi deosebit de elegantă şi presupune evacuarea prin puncţie a formaţiunilor chistice şi, după realizarea anexectomiei, fragmentarea piesei operatorii şi plasarea fragmentelor în săculeţi din plastic, permit străbaterea planului parietal.

XI INCIDENTE şi ACCIDENTE INTRAOPERATORII

- Hemoragiile intraoperatorii pot surveni prin deraparea unor ligaturi, ceea ce presupune repensarea şi ligatura corectă a pediculilor.
- Lezarea organelor conexe (vezică, intestin, colon şi, mai ales, ureter) poate surveni în cazul unor leziuni de amploare deosebită şi reclamă gesturi reparatorii corecte.

XII ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

ÎNGRIJIRILE POSTOPERATORII sunt cele comune unei intervenţii mijlocii, fără implicaţii viscerale majore, în raport cu datele pe care bolnava le prezintă.

XIII COMPLICAŢII POSTOPERATORII

COMPLICAŢIILE POSTOPERATORII sunt cele obişnuite pentru intervenţiile pe micul bazin şi pot consemna :

- hemoragiile, prin deraparea ligaturilor ;
- ileusul dinamic sau chiar ocluzia adevărată prin acolarea anselor

intestinale la bonturile anexiale poate fi o realitate ; tratamentul medical bine condus poate evita reintervenţia ;

- complicaţiile generale viscerale şi, mai ales, tromboflebita membrelor inferioare, trebuie prevenite, suspectate şi tratate corect ;
- complicaţiile parietale : hematom, supuraţii, dehiscenţe, eviscerații, granulomul de fir etc.

XIV SECHELE POSTOPERATORII

- Bine suportată de bolnavele mai vârstnice, anexectomia poate reprezenta o adevărată infirmitate pentru femeia tânără, mai ales în cazurile de anexectomii bilaterale sau de ţesuturi restante fără valoare funcţională, prin menopauza chirurgicală care se instalează. Tratamentele substitutive vor fi aplicate în raport cu amploarea tulburărilor respective.

XV REZULTATE, PROGNOSTIC

- Mortalitatea este redusă, în raport cu amploarea intervenţiei respective.
- Atât rezultatele cât şi prognosticul depind de etiologia pentru care s-a intervenit, fiind superioare în anexectomiile unilaterale faţă de cele bilaterale, în afecţiunile benigne în raport cu cele maligne şi, foarte important, cu momentul în care se intervine în raport cu starea endocrină a bolnavei.

40

EMBOLECTOMIA ARTERIALĂ PERIFERICĂ

I DEFINIŢIE

EMBOLECTOMIA ARTERIALĂ este intervenţia chiurgicală care are drept scop îndepărtarea unui obstacol embolic, prin accesul direct în lumenul arterial.

II ANATOMIE CHIRURGICALĂ

(Vezi 3 - II)

III OBIECTIVE şi PRINCIPII

OBIECTIVUL PRINCIPAL al intervenţiei este dublu :

- îndepărtarea obstacolului arterial ajuns pe cale centrifugă într-un punct de stop arterial :
  - * locul de diminuare a calibrului vascular sau
  - * de schimbare a direcţiei acestuia, şi
- asigurarea libertăţii de lumen atât în amonte cât şi în aval.

PRINCIPIILE :

- Intervenţia nu se adresează obstrucţiilor cu caracter cronic, care beneficiază de alte tipuri de intervenţii.
- Ischemia de sub obstacol trebuie să se afle într-un stadiu reversibil, marcat de :
  - = perioada de debut, care nu trebuie să se situeze dincolo de 6

sau maximum 8 ore,
= segmentele aflate în ischemie să-şi păstreze sensibilitatea şi motilitatea iar
= masele musculare să-şi fi păstrat supleţea (dacă este vorbă de extremităţi) sau
= viscerele respective (intestin, rinichi) să-şi fi păstrat viabilitatea.

- Sediul embolizării trebuie precis stabilit.
- Indiferent de momentul intervenţiei, aceasta nu poate înlocui tratamentul medicamentos al afecţiunii care stă la baza producerii accidentului embolic.
- Starea cardiacă trebuie ameliorată corespunzător, asigurându-se un minim tensional de 100 mm Hg.
- Anestezia folosită trebuie să fie de calitate.
- Tehnica embolectomiei trebuie să fie riguroasă, bine codificată şi bine stăpânită, pentru a nu induce complicaţii suplimentare.

IV INDICAŢII şi CONTRAINDICAŢII

INDICAŢIILE se referă la emboliile :
1. Bifurcaţiei aortice,
2. Arterelor iliace,
3. Arterelor femurale şi poplitee,
4. Axilare şi humerale ca şi
5. Mezentericii superioare şi
6. Arterelor renale.

CONTRAINDICAŢIILE au în vedere :
1. Emboliile arterelor radială şi cubitală,
2. Ale tibialelor şi pedioasei,
3. Emboliilor arterei splenice.
4. La bolnavii cu tensiune arterială foarte scăzută : 50 - 60 .
5. La bolnavii cu multiple embolii viscerale şi periferice.
6. Insuficienţa cardiacă cu fenomene de ischemie acută a unui membru inferior iniţial fără puls periferic.
7. Emboliile ajunse în stadii tardive, cu gangrenă incipientă, stare de şoc sau confuzie mintală.
8. Bolnavii cu sindrom humoral de tip hiperpotasemie, acidoză şi elemente de interesare renală etc., nu beneficiază de dezobstrucţii întrucât revascularizarea poate " spăla " teritorii mari de necroză

celulară şi poate aduce în circulaţie metaboliţi care realizează " sindromul de revascularizaţie ".

V PREGĂTIRE PREOPERATORIE

PREGĂTIREA PREOPERATORIE este absolut obligatorie şi necesară pentru a pune bolnavul în condiţii cât mai favorabile pentru a suferi o intervenţie chirugicală şi, în consecinţă, o agresiune suplimentară ; de remarcat că marea majoritate a subiecţilor care fac embolie şi beneficiază de intervenţia de dezobstrucţie, sunt bolnavi internaţi în spital, aflaţi sub tratament şi uneori urmare a acestuia, ceea ce este un factor favorabil, întrucât cei aflaţi în afara mediului spitalicesc ajung prea târziu în serviciile de specialitate pentru a mai beneficia de embolectomie.

Pregătirea generală se bazează pe tratamentul medical, care poate îmbunătăţi, prin el însuşi, condiţia circulatorie a unui segment dar nu va fi prelungit peste limita a 6 ore dacă ameliorarea nu este evidentă. Acesta constă din :

- Perfuzii glucozate 5 sau 10 %, în ritm lent, eventual cu dextran 40 pentru acţiunea sa antiagregantă.
- Anelgezie majoră cu mialgin, în doze fracţionate, dipidolor, piafen, fortral.
- Tratamentul anticoagulant are mare importanţă şi se face după schemele cunoscute, intravenos, repetat la 4 sau chiar 2 ore, pentru asigurarea unui nivel constant de heparinemie.
- Vasodilatatoarele de tip complamin sau
- Antispasticele, nu pot lipsi din schema terapeutică.
- Reechilibrarea hidro-electrolitică şi volemică, pentru asigurarea unei stabilităţi tensionale şi a unui flux urinar satisfăcător va fi realizată conform necesităţilor şi bilanţurilor efectuate.
- Susţinerea unei funcţii cardiace şi renale compatibile cu o intervenţie care poate fi destul de şocantă, contribuie la o bună pregătire preoperatorie.

Pregătirea locală implică o radere a abdomenului şi ambelor membre inferioare, ca şi o toaletă largă corespunzătoare.

VI ANESTEZIE

Anestezia trebuie individualizată de la caz la caz, în context cu toate datele pe care ni le oferă un examen clinic şi paraclinic complex.

ANESTEZIA GENERALĂ este cea mai în măsură să asigure

stabilitatea funcţiilor vitale dar poate fi, prin ea însăşi, un factor de risc şi şoc de care trebuie să ţinem seama.

ANESTEZIA DE CONDUCERE :

- Rahianestezia este mai rar indicată, întrucât induce modificări tensionale importante şi favorizează fenomenele de " furt vascular ".
- Anestezia peridurală, prin stabilitatea tensională pe care o asigură pare mai indicată, mai ales în varianta continuă, pe cateter.

ANESTEZIA LOCO-REGIONALĂ este cea mai indicată şi mai cu succes folosită. Ea poate fi ameliorată de către anestezist şi poate reprezenta un factor de troficitate locală de calitate.

VII INSTRUMENTAR

COMUN - tava de instrumente pentru intervenţii mijlocii este suficientă.

SPECIAL - trusa completă pentru intervenţii vasculare este absolut necesară ; în plus, diversele sonde FOGARTY, NÉLATON, sondele DOPPLER etc.

VIII DISPOZITIV OPERATOR

BOLNAVUL - în decubit dorsal comun, cu membrele inferioare moderat depărtate dar pregătite de la început, gata în orice moment pentru a intra în câmpul operator, indiferent de partea pe care intervenim ;

- membrele superioare în abducţie, pe suporţi, pentru asigurarea perfuziei venoase şi a aparatului de tensiune.

ECHIPA OPERATORIE :

1. Operatorul - de aceeaşi parte cu segmentul embolizat.
2. Ajutoarele - de partea opusă.

- În timpul intervenţiei, operatorul îşi poate schimba locul sau, pentru anumite segmente şi tehnici, unii timpi se pot efectua concomitent bilateral.

IX TEHNICĂ

Embolectomie de bifurcaţie de aortă, pe cale indirectă, retrogradă, bifemurală.

A. CALEA DE ABORD - incizie de descoperire a ambelor artere femurale în triunghiul SCARPA (**Vezi 3 - IX**).

B. DISECŢIA ARTERELOR şi izolarea lor pe distanţă convenabilă, circumferenţial, trebuie efectuată cu deosebită acurateţe şi minuţie pentru a nu mai reveni asupra acestui timp important.

C. ASIGURAREA ambelor vase cu şnururi montate pe tourniquet-uri şi strângerea dozată a acestora.

D. SECŢIUNEA ARTEREI se face transversal, suficientă pentru a permite manevrele de dezobstrucţie. Vasul apare gol şi ne permite o inspecţie de orientare. Timpul poate interesa numai una sau, concomitent, ambele artere femurale, această ultimă variantă părându-ne mult mai avantajoasă şi mai rapidă, chiar dacă uneori poate părea inutilă.

E. DECLAMPAREA în aval a vaselor ne arată starea permeabilităţii distale, cu două variante :

- permeabilitate satisfăcătoare, ceea ce ne obligă la reclamparea vasului, fără alte manevre, sau
- dacă fluxul distal nu este satisfăcător, cu ajutorul sondei FOGARTY, se realizează dezobstrucţia distală, până la obţinerea unui flux sanguin corespunzător, demonstrativ pentru permeabilitatea asigurată ; se termină acest timp prin introducerea unei cantităţi de 1500 - 2000 de UI de heparină diluată în 60 - 80 ml de ser fiziologic şi cu reclamparea vaselor.

F. EMBOLECTOMIA PROPRIU-ZISĂ :.

1. Declamparea vasului (de data aceasta numai pe o parte), ne arată absenţa totală a fluxului arterial.
2. Se introduce sonda FOGARTY (în prealabil controlată), pe distanţă corespunzătoare până când se consideră zona bifurcaţiei aortice bine depăşită,
3. Se umflă balonaşul sondei, după care, exteriorizarea acesteia ne va aduce în câmpul operator embolusul, urmat de un jet de sânge, al cărui volum sau vigoare ne vor da relaţii asupra eficienţei embolectomiei. În caz contrar, manevra de embolectomie se va repeta, până la obţinerea rezultatului scontat sau numai după
4. Efectuarea aceluiaşi timp de partea opusă.

G. CONTROLUL PERMEABILITĂŢII BILATERALE, cu ambele artere deschise şi purjate, ne permite trecerea la timpul următor,

H. REFACEREA CONTINUITĂŢII ARTERIALE, prin sutură arterială comună, şi declamparea distală apoi proximală a vaselor, ceea ce va da drum liber undei sanguine, atestată de un puls distal sub linia de sutură şi la nivelurile la care pulsul era prezent înainte de accidentul embolic.

I. SUTURA PĂRŢILOR MOI, cu sau fără drenaj, încheie intervenţia propriu-zisă.

H. CONTROLUL EMBOLUSULUI ne poate da relaţii asupra vechimii, integrităţii sale etc.

X VARIANTE TEHNICE

A. Embolectomia se poate realiza în două mari variante :

1. **Embolectomie directă**, care presupune abordarea arterei chiar la nivelul obstacolului, lucru nu întotdeauna posibil, rar folosită astăzi, şi
2. **Embolectomia indirectă**, cu abordarea arterei la distanţă de obstacol (distal cel mai frecvent), posibilă graţie sondelor FOGARTY sau a unora improvizate.

B. Variante după sediul trunchiurilor arteriale : trunchiurile importante ale viscerelor abdominale (mezenterică superioară, renală etc) posibile numai prin laparotomii.

C. Embolectomia fără FOGARTY presupune utilizarea unor sonde NÉLATON secţionate la capăt sau a unor tuburi din plastic comune, montate la seringi mari sau alte surse de aspiraţie. Sigur că aceste tuburi improvizate au marele dezavantaj că pot deplasa embolusul în alte segmente vasculare.

D. Secţiunea arterială longitudinală sau

E. Folosirea unui patch venos pentru acoperirea defectului arterial pot fi cerute de situaţii speciale.

F. DEZOBSTRUCŢIA VENOASĂ poate fi, uneori, necesară şi ea trebuie să o preceadă pe cea arterială.

☞ **Întrucât embolia cu care ne-am confruntat cel mai frecvent în practică a fost embolia iliacă şi cea de bifurcaţie şi pentru că nu întotdeauna dotarea de care dispunem este şi cea corespunzătoare, nu putem afirma că, în anumite situaţii, utilizând sonda FOGARTY sau, mai ales, mijloacele improvizate, nu am întâmpinat destule dificultăţi, uneori mobilizând, în mod nedorit, un embolus.**

☞ **Este aproape clasică (ni s-a întâmplat şi nouă) situaţia în care se intervine pentru o obstrucţie unilaterală, pentru ca, odată cu sutura vasului dezobstruat să sesizăm obstrucţia de partea opusă, care ne obligă la embolectomie controlaterală, ceea ce explică prezenţa unui embolus flotant de bifurcaţie, deplasat de partea opusa de manevrele noastre iniţiale. Este motivul**

pentru care susţinem, dacă nu abordul sistematic bilateral, cel puţin, pregătirea şi asigurarea tuturor condiţiilor tehnice pentru realizarea lui, la un moment dat.

XI INCIDENTE şi ACCIDENTE INTRAOPERATORII

- Incidente legate de o descoperire vasculară incorectă.
- În cazurile în care accesul asupra arterei nu este cel convenabil, se va părăsi calea directă şi se va recurge la o modalitate indirectă.
- Fragmentarea embolusului presupune repetarea manevrelor de dezobstrucţie şi îndepărtare a embolusului restant.
- Ruptura unei intime deja alterate poate impune intervenţii suplimentare pe care chirurgul trebuie să le poată efectua.

XII ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

ÎNGRIJIRILE POSTOPERATORII trebuie să ţină seama de faptul că asemenea bolnavi se află într-o stare de risc permanent, mai ales datorită circumstanţei induse de tratamentul cardiac corect instituit care măreşte forţa de contracţie a inimii şi poate mobiliza embolusuri bine tolerate un timp îndelungat..

- Tratamentul general vizând reechilibrarea hidro-electrolitică, volemică, asigurarea fluxului urinar corect, asigurarea unei bune oxigenări şi tratamentul celorlalte deficite viscerale va continua la parametrii cunoscuţi.
- Tratamentul anticoagulant trebuie să continue un timp suficient,de 5 - 7 zile cu heparină şi apoi cu trombostop, având în vedere că trombozările postoperatorii survin în primele 10 - 14 zile ; pentru evitarea accidentelor hemoragice se poate folosi heparinizarea discontinuă.
- Tratamentul cardiac va avea în vedere digitalizarea, fără a forţa compensarea, care poate antrena accidentele embolice repetate.
- Urmărirea evoluţiei locale a plăgii şi a irigaţiei membrelor inferioare, cu consemnarea pulsului periferic, reprezintă măsuri de îngrijire curentă.

XII COMPLICAŢII POSTOPERATORII

COMPLICAŢIILE POSTOPERATORII sunt de aşteptat la aceşti

bolnavi fragili, cu multiple deficite organice :

- Insuficienţa renală acută pote surveni prin blocarea tubilor renali cu produşi de precipitare tisulară consecutivă ischemiei ; reclamă alcalinizarea urinii, diureză forţată sau, în caz de eşec, rinichi artificial. Nu trebuie să excludem şi posibilitatea unei embolii concomitente a arterelor renale.
- Acidoza hiperpotasemică poate fi urmarea revascularizării tardive şi poate antrena decesul bolnavului pe care îl consideram salvat ; de aici necesitatea monitorizării cardiace şi surprinderea accidentelor în fază incipientă.
- Complicaţiile pulmonare sunt posibile prin microembolizări, prin tulburările atelectatice sau de stază pulmonară.
- Eşecul intervenţiei se semnalează uneori şi se datoreşte ischemiei prin trombozarea arteriolară şi a ramurilor mici, chiar dacă am reuşit eliberarea trunchiului principal.
- Embolia iterativă nu este rară, iar
- Edemul de revascularizare poate impune fasciotomia decompresivă.
- Tulburările neurologice sau trofice pot fi puse pe seama ischemiei mai mult sau mai puţin prelungite ; necrozele insulare sau mai limitate pot fi rezolvate prin excizii-sutură de diverse întinderi sau, după caz, amputaţia devine necesară.

XIV SECHELE POSTOPERATORII

- Embolia arterială este un accident sever care poate pune în discuţie riscul vital şi funcţional al unui viscer sau membru periferic.
- Embolectomia poate rezolva în mod fericit episodul, cu restabilirea libertăţii de lumen vascular dar nu şi suferinţa de fond, bolnavul reintrând în condiţia patologică de dinainte de accident.
- Cu toate acestea, probabil că tratamentul mai corect la care bolnavul este supus după un episod atât de serios, impunerea şi acceptarea unor anumite condiţii de viaţă, să facă din bolnavul nostru, mai rar, un candidat la embolii iterative ; sau că acestea repetate, nu mai lasă bolnavul să ajungă din nou pe masa de operaţie.
- Sechelele semnalate ţin mai ales de condiţia circulatorie a bolnavului şi pot avea diverse tipuri sau grade de manifestare.

XV REZULTATE, PROGNOSTIC

- Atât rezultatele cât şi prognosticul trebuie privite în contextul bolnav-afecţiune emboligenă.
- Ele trebuie considerate drept bune sau favorabile, atât timp cât este vorba de intervenţii curente care scot bolnavii dintr-o stare critică sau salvează extremităţi, altfel condamnate.
- Nu trebuie uitat că bolnavul rămâne " marcat " de condiţia lui de cardiac cu suferinţă severă.

41

CROSECTOMIA CU SMULGEREA VENEI SAFENE INTERNE PENTRU VARICE

I DEFINIŢIE

CROSECTOMIA CU SAFENECTOMIE INTERNĂ prin STRIPPING sau **operaţia BABCOCK** este intervenţia chirurgicală pentru varice, care suprimă circulaţia venoasă superficială, din teritoriul safen intern, prin extirparea crosei, a trunchiului principal şi a colateralelor, utilizând smulgerea subcutanată.

II ANATOMIE CHIRURGICALĂ

A. VENA SAFENĂ INTERNĂ, MARE sau **SAPHENA MAGNA**, împreună cu **SAFENA EXTERNĂ, MICĂ** sau **PARVA**, rezumă întreaga circulaţie de întoarcere superficială a membrului inferior.

- Originea venei se află în vena marginală internă, situată înaintea maleolei interne şi
- Se termină la cca 2,5 cm dedesubtul şi în afara extremităţii interne a arcadei crurale, în triunghiul lui SCARPA,
  - * unde formează CROSA SAFENEI, care realizează o curbă cu concavitatea caudală,
  - * străbate orificiul cel mai mare al FASCIEI CRIBRIFORMIS, GAURA OVALĂ, limitată în afară şi în jos de LIGAMENTUL FALCIFORM ALLAN BURNS şi
  - * se varsă în vena femurală într-un unghi destul de ascuţit.
- Pe traseul său, deosebit de lung, vena are un număr de valvule

(între 10 - 15 sau chiar peste 20), care facilitează înaintarea antigravitaţională a coloanei de sânge, ultima valvulă şi cea mai importantă aflându-se la vărsarea în vena femurală ; aceste valvule se atrofiază odată cu vârsta şi devin insuficiente în cadrul bolii varicoase.

- Linia de proiecţie a venei, între punctele de origine şi de vărsare, ocupă faţa antero-internă a membrului pelvin.
- De la origine, unde vena măsoară cca 3 - 4 mm în diametru, calibrul vasului creşte treptat, datorită afluenţilor pe care-i primeşte, pentru a ajunge la nivelul crosei, în mod normal, la un diametru de 6 - 10 mm, mult mărit în cadrul bolii varicoase.
- Pe tot traiectul său, vena are o situaţie superficială şi se află între piele şi aponevroză, în plin ţesut subcutanat.
- Afluenţii venei sunt destul de numeroşi :
  = cei mai mulţi provin din safena externă, dintre care cel mai important este cel de la nivelul treimii distale a gambei ;
  = la nivelul crosei, vena mai primeşte 5 - 6 afluenţi :
    * vena epigastrică superficială, retrogradă,
    * venele ruşinoase superficiale, internă şi externă,
    * vena circumflexă superficială şi
    * vena safenă accesorie, inconstantă.
  = între sistemul venos superficial şi cel profund se realizează o comunicare permanentă, controlată, prin intermediul COMUNICANTELOR sau PERFORANTELOR, care străbat fasciile gambei şi coapsei ; în cazul insuficienţei venoase, aceste comunicante devin insuficiente şi îngreunează condiţiile circulatorii ale membrului inferior
- Pe parcursul său vena este însoţită de :
    * nervul safen accesoriu (la nivelul gambei),
    * un ram al musculo-cutanatului extern (la nivelul genunchiului) şi de
    * multiple vase şi ganglioni limfatici (la nivelul crosei).

III OBIECTIVE şi PRINCIPII

OBIECTIVUL PRINCIPAL al intervenţiei este reprezentat de :

- Suprimarea sistemului venos superficial devenit insuficient, ceea ce permite degajarea sistemului profund de sarcina de a prelua o parte a coloanei sanguine superficiale şi duce la micşorarea

hiperpresiunii din sistemul profund.

- Intervenţia vizează trunchiul principal în întregime, dela origine şi până la vărsare şi toate trunchiurile aferente. Orice alt tip de intervenţie riscă să eşueze în realizarea acestor obiective.

PRINCIPIILE :

- Intervenţia se realizează prin smulgerea subcutanată a trunchiului venos principal, cu ajutorul unui stripper venos, cateter metalic sau din plastic, care se introduce prin lumenul venei.
- În aceste condiţii zonele de comunicare dintre sistemul profund şi cel superficial trebuie bine stabilite iar intervenţia chirurgicală trebuie să se desfăşoare după un anumit plan, pentru a evita, în cel mai înalt grad, revărsarea în cantitate necontrolată a sângelui, în spaţiul subcutanat.
- Este de preferat ca intervenţia să se realizeze unilateral pentru o şedinţă operatorie pentru a evita eventualele complicaţii cu punct de plecare într-o suprafaţă sângerândă întinsă.
- Operaţia trebuie să decurgă cât mai exsang.
- Intervenţia poate fi dusă la bun sfârşit, în situaţii favorabile, numai cu ajutorul a două incizii, la nivelul crosei şi, respectiv, la origine. Alteori, în raport cu amploarea dilataţiilor varicoase, aceste incizii nu sunt suficiente şi sunt necesare incizii intermediare, oricum cu mult mai puţin delabrante sau disgraţioase decât o incizie pe toată înălţimea membrului inferior.
- Intervenţia trebuie să se desfăşoare în afara unor pusee inflamatorii sau cât mai departe de acestea.

IV INDICAŢII şi CONTRAINDICAŢII

INDICAŢIILE MAJORE sunt reprezentate de boala varicoasă necomplicată, respectiv de :

1. Varicele voluminoase sau mijlocii cu tulburări funcţionale evidente.
2. Insuficienţa venoasă superficială fără răspuns la tratamentul medicamentos şi fizical.
3. Tromboza varicoasă, indicaţie de urgenţă dacă procesul trombotic a fost surprins în primele zile sau, după stingerea fenomenelor inflamatorii cu caracter acut. De remarcat, totuşi, că tromboza varicoasă reclamă alte tehnici, diferite de stripping, irealizabil în astfel de situaţii.
4. Insuficienţa venoasă cronică cu sindrom posttrombotic incipient, cu varice voluminoase, ca o indicaţie relativă ; în astfel de situaţii

intervenţia limitată la sistemul superficial nu mai este suficientă şi trebuie asociate proceduri diverse care se adresează comunicantelor şi sistemului profund.

CONTRAINDICAŢIILE :

1. Există o contraindicaţie absolută şi aceasta este reprezentată de varicele voluminoase sau foarte voluminoase cu multiple colaterale venoase sub tensiune.

☞ **În astfel de situaţii, problemele de estetică devin secundare ; strippingul poate induce pierderi sanguine necontrolabile, ceea ce ne va obliga la incizii complimentare de hemostază care complică mai mult lucrurile ; în astfel de situaţii este de preferat să recurgem la alte soluţii, urmărind extirparea safenei din aproape în aproape, cu controlul perfect al sângerării ; aceasta nu trebuie minimalizată şi trebuie să subliniem ca nu putem conta pe pansamentul compresiv care, indiferent de cât ar fi de strâns (doar nu vom recurge la garou !) nu poate contracara presiunea din sistemul profund.**

2. Afecţiuni generale care contraindică orice intervenţie chirurgală : cardiopatii severe, hipertensiune arterială majoră, neoplasme, insuficienţă hepato-renală, sarcină etc.

3. Afecţiuni ale aparatului circulator : boala trombo-embolică cu episoade repetate şi grave, arteriopatii ale membrelor inferioare etc.

4. Sindromul posttrombotic cu leziuni avansate de tip trofic.

5. Boli hematologice.

V PREGĂTIRE PREOPERATORIE

- În varicele comune, pregătirea preoperatorie constă în prescrierea repausului fizic, a unei alimentaţii simple, a igienei locale, alături de corectarea acelor deficienţe viscerale care ne pot crea probleme in evoluţia postoperatorie.
- Cazurile care au avut pusee inflamatorii repetate reclamă vaccinarea nespecifică.
- De asemeni, se vor trata toate focarele de infecţie susceptibile de a antrena complicaţii septice postoperatorii.
- Înainte de operaţie, cu ajutorul unor trasoare colorate, se repereză, pe bolnavul în ortostatism, trunchiurile varicoase care trebuie rezecate, zonele de comunicare (decelabile prin zone de depresiune) şi reflux etc.

VI ANESTEZIE

ANESTEZIA DE CONDUCERE, peridurală sau rahianestezia comună sau dirijată, unilaterală, este cel mai frecvent folosită de noi.

ANESTEZIA GENERALĂ este mai rar indicată, pentru cazuri particulare.

ANESTEZIA LOCALĂ sau **LOCO-REGINALĂ** este preferată de unii practicieni.

Unele precauţii sunt necesare :

- Urmărirea atentă şi continuă a bolnavului.
- Controlul repetat al parametrilor obişnuiţi : puls, tensiune, respiraţii, coloraţia tegumentelor şi a mucoaselor etc.
- O venă bine puncţionată va asigura permanenţa unei perfuzii, obligatorii pe tot parcursul intervenţiei chirurgicale.
- Prezenţa anestezist-reanimatorului, a trusei de intubaţie şi a aparaturii de respiraţie controlată, este o atitudine de prevedere binevenită.

VII INSTRUMENTAR

COMUN - trusa pentru intervenţii mijlocii.

SPECIAL :

= pense vasculare fine,
= strippere diverse, de lungimi şi calibre diferite, improvizate sau fabricate şi de unică folosinţă,
= meşe diverse de tifon,
= bandă compresivă,
= trusa de chirurgie vasculară etc.

VIII DISPOZITIV OPERATOR

BOLNAVUL - în decubit dorsal comun, cu membrele superioare în abducţie pentru perfuzii şi aparat de tensiune.

ECHIPA OPERATORIE :

1. Operatorul - de aceeaşi parte cu membrul care se operează.
2. Ajutorul - de partea opusă.

IX TEHNICĂ

Safenectomie internă prin stripping, cu rezecţia pachetelor varicoase.

A. CROSECTOMIA :

1. Incizie de descoperire a crosei safene interne, plasată la 2 cm sub arcada crurală, oblică şi paralelă cu aceasta, lungă de cca 3 - 5 cm, cu mijlocul ceva mai intern decât pulsaţiile arterei femurale, reperul cel mai important ; incizia interesează pielea şi ţesutul celular subcutanat.
2. Disecţia în plin ţesut celular subcutanat duce la descoperirea, destul de facilă a vasului. Uneori, după incizia cutanată, mânuirea cu dexteritate a depărtătoarelor FARABEUF, poate descoperi direct crosa safenei care, amănunt foarte important, se află deasupra aponevrozei şi nu este însoţită de nici un alt element anatomic individualizat.
3. Izolarea crosei şi secţiunea între două pense fine vor facilita timpii următori.
4. Capătul proximal se disecă cu atenţie, eliberând vasul din ţesutul celular subcutanat, până la vărsarea în vena femurală, fără secţiunea ligamentului ALLAN BURNS, cu descoperirea şi ligatura celor 5 - 6 colaterale aferente.
5. Odată ajunşi la abuşarea crosei, aceasta este bine individualizată, după care se aplică o ligatură simplă sau cu fir transfixiant, la 3 - 5 mm de vărsarea propriu-zisă, cu secţiunea vasului rămas în exces.

B. SAFENECTOMIA :

1. Sub pensa de pe capătul distal, se aplică o ligatură de aşteptare, cu fir gros.
2. Se plasează pe marginea vasului, echidistant, 3 pense fine, se desface pensa, în timp ce firul de aşteptare limitează scurgerea sângelui şi, în vasul ţinut deschis de cele 3 pense, se introduce capătul stripperului ; firul se strânge moderat, pentru a nu împiedica evoluţia cateterului.
3. Prin manevre logice de răsucire, de du-te-vino, cu atenţie pentru a nu efracţiona vasul venos, se împinge stripperul cât mai mult posibil, în situaţiile favorabile chiar până la nivelul originii premaleolare a safenei.
4. La nivelul unde stripperul s-a oprit, se descoperă, prin incizie limitată, longitudinală, scurtă, trunchiul venos, care se izolează circumferenţial şi se secţionează între două pense.
5. Se relaxează pensa de pe capătul cateterizat al venei, se exteriorizează stripperul şi, deasupra olivei, se aplică o ligatură strânsă, cu fir gros, care solidarizează peretele venos de instrument ; în aceeaşi ligatură, se fixează solid, capătul puţin rulat al unei meşe de tifon, care va împiedica invaginarea stripperului în lumenul venos ; meşa se păstrează mai lungă decât lungimea vasului căruia îi va lua locul iar firul de ligatură se va lăsa, de asemeni lung, pentru ca, în caz de

detaşare a meşei de stripper, aceasta să poată fi recuperată.

6. Smulgerea propriuzisă a venei se face aplicând o tracţiune dozată asupra instrumentului, în axul membrului, urmărind evoluţia subcutanată a olivei şi a capătului de meşe. Observăm că pe măsura avansării stripperului, extremitatea acestuia creşte în volum, odată cu vena care se plisează. De asemeni, trebuie observate cu atenţie, punctele de joncţiune a colateralelor care se pun în tensiune şi care, dacă sunt de dimensiuni importante, este bine să fie descoperite şi ligaturate, înainte de smulgerea completă a trunchiului safen.

7. Odată smulgerea întregului trunchi venos şi stripperul exteriorizat, acesta se încredinţează unui ajutor pentru a verifica lungimea trunchiului smuls, colateralele etc.

8. Dacă trunchiul safen nu a fost smuls în întregime, se reia smulgerea acestuia de la locul respectiv până la origine, cu ajutorul unor strippere mai scurte sau mai subţiri, după caz.

C. REZECŢIA PACHETELOR VARICOASE

1. Cu ajutorul unor incizii intermediare, mai lungi sau mai scurte, se descoperă pachetele varicoase importante şi se rezecă, se smulg subcutanat, cu ajutorul tunelizărilor sau chiar al unor strippere de mai mici dimensiuni.

2. Capetele pachetelor varicoase se ligaturează cu fire subţiri pentru a evita sângerările difuze în spaţiul subcutanat.

3. Pentru pachetele varicoase mici se pot realiza diferite tehnici de defuncţionalizare şi obliterare : incluziuni de catgut, distrugerea intimei cu ajutorul unor fire de nylon pe care s-au realizat, din loc în loc, noduri, cu ajutorul unor ligaturi subcutanate, cu fire trecute prin vas etc., sau vor fi lăsate ca atare în vederea unei sclerozări ulterioare.

D. EXTRAGEREA MEŞELOR, SUTURA LINIILOR DE INCIZIE şi PANSAMENTUL uşor compresiv şi pornit chiar de la nivelul piciorului, încheie intervenţia chirurgicală.

X VARIANTE TEHNICE

A. DISECŢIA CROSEI se poate face " in situ ", cu ajutorul unor incizii mai largi, verticale, orizontale sau " în crossă ", mai înalte etc. În realitate, inciziile mai lungi sunt inutile şi pot crea cicatrici inestetice, dureroase etc.

B. SMULGEREA trunchiului safen :

- în varianta descrisă, cateterizarea trunchiului s-a făcut retrograd iar

smulgerea în sensul curentului venos ;

- în unele situaţii fie cateterizarea şi smulgerea, fie numai smulgerea pot fi făcute în sens invers ; se pare că smulgerea în sensul anterograd, sensul curentului venos, este mai puţin delabrantă ;
- în alte cazuri, dacă progresia stripperului nu mai este posibilă la un moment dat, se poate introduce un al doilea stripper în sens invers, după care progresiunea unuia, în paralel cu retragerea celuilalt, poate optimiza cateterizarea integrală sau pe distanţe mai mari a trunchiului venos.

C. ALTE VARIANTE (de fapt pentru cura chirurgicală a varicelor) :

- Safenectomia TERRIER-ALGLAVE este de fapt, o rezecţie venoasă, cu ajutorul unei incizii pe toată înălţimea membrului inferior.
- În procedeul NARATH, după rezolvarea crosei, cu ajutorul unor incizii intermediare, din 10 în 10 cm, se ridică trunchiul safen şi toate colateralele.
- Asocierea safenectomiei externe poate fi necesară.
- Electro-fulguraţia endoluminală este practicată de unii autori.
- Crosectomia, la care se adaugă ligaturi etajate ale trunchiului principal, cu lăsarea acestuia pe loc, este agreată de unii practicieni.
- Operaţiile limitate : crosectomii izolate, ligaturi etajate, rezecţia separată a unor colaterale etc., sunt operaţii incomplete care nu au suport patogenetic.
- Asocierea unor intervenţii complexe aparţine mai ales sindromului posttrombotic.

XI INCIDENTE ŞI ACCIDENTE INTRAOPERATORII

A. Ruptura crosei, în timpul manevrelor de disecţie, determină o hemoragie abundentă, împresionantă şi în acelaşi timp periculoasă (embolie gazoasă) ; poate surveni pe vene friabile dar, mai ales prin manevre brutale sau inadecvate, venele varicoase fiind, în general, vene scleroase, cu perete destul de rezistent ; manevrele intempestive şi necontrolate, pensările la întâmplare, fără vederea şi lumina necesară pot antrena situaţii deosebit de grave.

☞ **Cel mai corect este să facem o compresiune digitală, capabilă să stăvilească sângerarea ; ne vom asigura o incizie suficientă, vom usca aria operatorie după care, prin**

reducerea dozată a compresiunii, vom repera sursa de hemoragie şi, după caz, vom rezolva defectul vascular : ligatură a capătului venos, sutura ostiului safen etc., după toate legile suturilor vasculare. Ligaturile întâmplătoare şi nesigure pot antrena, în perioada postoperatorie, suficiente neajunsuri sau complicaţii.

B. Leziunile venei femurale, prin disecţii necorespunzătoare, ruptura, secţiunea sau smulgerea ei, prin confuzie cu trunchiul safen, sunt accidente de deosebită gravitate, citate în practica curentă, care pun bolnavul în pericolul de a-şi pierde membrul inferior.

☞ **Fără îndoială că astfel de leziuni pot fi evitate sau prevenite cu destulă uşurinţă, cu condiţia ca operatorul să ţină cont de un element elementar, esenţial şi deosebit de important : crosa safenei se află în planul supraaponevrotic şi nu este însoţită de nici un alt element anatomic ; în momentul în care am pătruns sub acesta, ne-am rătăcit, suntem departe de safenă ; a persista în căutarea trunchiului safen în acest plan profund, printre musculatura de la baza coapsei, este iluzoriu şi periculos : sigur vom da de pachetul vascular femural, în care safena nu are ce căuta. În astfel de situaţii, a căuta şi a secţiona, cu orice preţ, un trunchi venos, este un nonsens tragic. Este corect să părăsim zona şi să introducem un stripper pe la originea premaleolară a safenei : cateterul ne va pune în evidenţă, fără posibilitatea vreunei erori, crosa safenei, care se află la locul ei, în orice caz, deasupra aponevrozei femurale. Dar ... dacă, din păcate, accidentul femural s-a produs, este bine să realizăm suturile sau ligaturile pentru asigurarea hemostazei necesare şi să ne adresăm, de cea mai mare urgenţă, unui serviciu bine pus la punct de chirurgie vasculară ! Nu avem timp să vedem ce se mai întâmplă !**

C. Revărsatele sanguine în spaţiul subcutanat, trădează existenţa unor comunicante foarte active, neasigurate de ligaturi. Este mai degrabă vorba de erori tactice, care contraindicau strippingul. Dacă faşa sau banda elastică compresivă nu sunt eficiente, atunci este mai bine să reperăm locul sau sursa hemoragiei şi s-o rezolvăm corect.

D. Ruptura cu sechestrarea stripperului sau, mai frecvent, a meşelor, impune măsuri logice de reperaj şi extragere cu ajutorul unor incizii bine plasate.

E. Invaginarea stripperului în lumenul venos trădează o alegere inadecvată a instrumentului şi neaplicarea corectă a meşei de tifon. A insista în a tracţiona asupra unui stripper invaginat în lumenul venos, nu reprezintă decât o tracţiune asupra peretelui vascular care, în orice caz, va ceda la un moment dat şi ne va obliga să reluăm strippingul.

F. Embolia gazoasă este rară şi gravă, putând duce bolnavul la deces chiar pe masa de operaţie. Acesta este motivul pentru care prezenţa reanimatorului alături de noi este benefică şi, în acelaşi timp, o urmărire corectă şi permanentă a bolnavului, salutară.

XII ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

ÎNGRIJIRILE POSTOPERATORII nu consemnează măsuri particulare faţă de bolnavii operaţi în general.

- Schimbarea pansamentului compresiv se va face chiar în după amiaza zilei de operaţie, mobilizarea va fi începută precoce şi chiar mersul va fi permis după două zile, dozat, progresiv.

XIII COMPLICAŢII POSTOPERATORII

- Embolia pulmonară poate surveni în cazurile de fragmentare sau mobilizare a unui trombus, prin acţiunile noastre sau când am minimalizat existenţa unei tromboze profunde coexistente ; accidentul este de gravitate particulară şi dacă subiectul supravieţuieşte primelor momente, tratamentul cunoscut duce la rezolvarea complicaţiei.
- Hematomul postoperator poate fi diferit ca amploare, necesită scoaterea unor fire de sutură şi evacuarea cheagurilor, rareori fiind necesară reintervenţia pentru hemostază directă.
- Limforagia din regiunea crurală poate fi explicată prin leziunea unor canale limfatice din triunghiul lui SCARPA, mai ales după disecţiile laborioase, şi poate dura câteva zile sau, neplăcut, mai mult săptămâni.
- Edemul membrului inferior are un caracter pasager dacă nu sunt motive particulare pentru persistenţă.
- Trombozele profunde trebuie surprinse din vreme şi tratamentul aplicat în consecinţă.
- Supuraţiile mai limitate sau mai extinse sunt destul de supărătoare şi impun un tratament corespunzător.
- Cicatricile vicioase sau inestetice pot ţine de tehnică dar, mai ales,

de un factor individual.

XIV SECHELE POSTOPERATORII

SECHELELE POSTOPERATORII sunt destul de rare dacă intervenţia a fost corect indicată şi realizată tehnic. În alte condiţii,

- Edemul persistent şi
- Apariţia, la scurt interval, a tulburărilor cu caracter trofic, atestă gravele alterări ale circulaţiei de întoarcere.
- Recidiva adevărată este destul de rară, în condiţiile unei intervenţii chirurgicale bine realizate. Dacă totuşi, unele pachete varicoase reapar, este mai degrabă vorba de trunchiuri nerezolvate de intervenţia iniţială. Oricum, reintervenţia de completare este indicată numai după un interval de 6 - 10 luni de zile.

XV REZULTATE, PROGNOSTIC

- La o mortalitate relativ redusă, fără a fi total absentă, rezultatele postoperatorii sunt bune şi foarte bune, cu condiţia respectării indicaţiilor corecte şi a unei tehnici adecvate.
- Sclerozările postoperatorii pe vasele mici, pot ameliora rezultatele intervenţiei dar socotim că o operaţie corectă, minuţioasă şi insistentă (plicticoasă pentru unii !) nu are nevoie de sclerozări ulterioare.
- Prognosticul bolnavilor este bun, cu respectarea unui regim de limitare a eforturilor fizice pentru 6 -12 luni.

42

CURA CHIRURGICALĂ A VARICOCELULUI

I DEFINIŢIE

CURA CHIRURGICALĂ A VARICOCELULUI este modalitatea operatorie de suprimare a refluxului sanguin în venele genitale şi a consecinţelor acestuia.

II ANATOMIE CHIRURGICALĂ

A. CIRCULAŢIA DE ÎNTOARCERE a testicululuí este marcată de numeroase variante, datorate unor multitudini de vase, dintre care unele reprezintă persistenţa unor vene ale circulaţiei embrionare. În general se pot sistematiza 3 colectori :

* spermatic,
* deferenţial şi
* funicular, după cum urmează :

1. Mai multe ramuri venoase care emană din sinusul testicular, la care se adaugă mici vene epididimare, bogat anastomozate pe măsură ce se îndreaptă spre canalul inguinal, realizează, la nivelul cordonul spermatic, plexul pampiniform anterior, satelit arterei spermatice ; la nivelul orificiului inguinal profund, acesta se reindividualizează în 2 - 3 vene care, continuând a fi satelite arterei spermatice, în dreptul spinei iliace antero-superioare, realizează **vena spermatică** sau **testiculară,** principalul colector venos al testicului.

Vena spermatică se varsă diferit :

= în partea dreaptă, în vena cavă inferioară ;

= în partea stângă se varsă în vena renală, ceea ce conferă returului venos, unele particularităţi, cu consecinţe certe în patogenia varicocelului. Astfel :

* abuşarea se face în unghi drept,
* venele sunt lipsite de valvule,
* vena renală stângă, cu traiect retro-aortic, este creditată cu presiune ceva mai crescută decât în dreapta şi, în plus,
* vărsarea vis-à-vis faţă de vena suprarenală (aport de factori vasoconstrictori), poate explica existenţa varicocelului esenţial numai pe partea stângă şi probabil şi decalajul testicului stâng, întotdeauna mai coborît faţă de cel drept.

2. **Vena deferenţială** străbate cordonul spermatic, anastomozată cu plexul pampiniform şi cu ramurile venei funiculare şi, după orificiul inguinal profund, se varsă în plexul venos vezical inferior şi, mai departe, în vena hipogastrică.

3. **Vena funiculară** reuneşte trunchiurile plexului pampiniform posterior, străbate acelaşi traiect, pentru a se vărsa în vena epigstrică inferioară şi, mai departe, în vena hipogastrică.

De remarcat bogata reţea anastomotică dintre cei trei colectori, care asigură un drenaj eficient chiar în cazul suprimării unora dintre aceştia.

III OBIECTIVE şi PRINCIPII

OBIECTIVUL PRINCIPAL al intervenţiei este reprezentat de suprimarea refluxului sanguin în vena spermatică, principalul colector venos testicular.

PRINCIPIILE :

- Suprimarea refluxului în vena spermatică trebuie să se facă cât mai cranial posibil, ligatura sau secţionarea vasului fiind singura intervenţie cu viză patogenetică.
- Este absolut necesar ca abordul venos să nu afecteze cu nimic artera spermatică.
- Intervenţiile cu viză distală, scrotală sau inguinală, nu au valoare patogenetică, ele putând fi aplicate doar ca element de completare, cu scop estetic sau de corectare a unor neajunsuri locale.
- Intervenţia trebuie să survină în stadii cât mai precoce, numai în acest fel putându-se asigura un rezultat funcţional bun.

IV INDICAŢII şi CONTRAINDICAŢII

INDICAŢIILE :

1. Indicaţia chirurgicală pentru varicocel este categorică, indiferent de stadiul în care afecţiunea a fost diagnosticată.
2. Dintre cele 5 stadii cunoscute ale bolii, primele 3 se bucură de rezultatele cel mai bune, având şi caracterul profilactic al tulburărilor sexuale şi genitorii.
3. Şi stadiile finale ale bolii pot beneficia de intervenţia chirurgicală dar nu se mai poate sconta pe regresiunea unor tulburări sau leziuni ireversibile.

CONTRAINDICAŢII :

1. Contraindicaţiile generale ale intervenţiilor chirurgicale : afecţiuni cardio-vasculare severe, respiratorii, neoplasme etc., afecţiuni care se află pe primul plan faţă de existenţa varicocelului.
2. Varicocelul secundar, cu altă etiologie decât a varicocelului esenţial.

VI ANESTEZIE

ANESTEZIA DE CONDUCERE este cel mai frecvent folosită şi convine marii majorităţi a bolnavilor, tineri.

ANESTEZIA GENERALĂ este rezervată copilului sau unor cazuri particulare.

Şi **ANESTEZIA LOCALĂ** poate conveni unor subiecţi slabi sau cu contraindicaţii pentru alte tipuri de anestezie.

VII INSTRUMENTAR

COMUN - trusa de instrumente pentru intervenţiile mici sau mijlocii.
SPECIAL - nimic deosebit sau trusa de intervenţii vasculare.

VIII DISPOZITIV OPERATOR

BOLNAVUL - în decubit dorsal comun, cu membrele superioare în abducţie pentru perfuzii şi aparat de tensiune.

ECHIPA OPERATORIE :

1. Operatorul - de partea stângă a bolnavului.
2. Ajutoarele - în faţa chirurgului operator.

IX TEHNICĂ

Ligatura-rezecţia înaltă a venei spermatice - procedeul IVANISSEVICI

A. CALEA DE ABORD este identică cu incizia Mc BURNEY dar pe partea stângă şi fără a intra în peritoneu.

B. EXPLORAREA se referă la vena spermatică, apreciind calibrul, rapoartele, eventualele vene aberante ; vena spermatică, ataşată de peritoneu printr-un ţesut celular lax, se recunoaşte uşor prin aspectul său violaceu, sinuos sau varicos, sub tensiune evidentă.

C. IZOLAREA VENEI se face pe o distanţă convenabilă, în raport cu volumul şi sinuozităţile sale, printr-o disecţie obişnuită şi atentă.

D. SECŢIUNEA sau **REZECŢIA VENEI :**

1. Dacă vena nu este prea dilatată, se poate secţiona între două ligaturi ferme, fără alte manevre.
2. Dacă, dimpotrivă, este vorba de o venă mai dilatată, sinuoasă şi de lungime apreciabilă, se poate rezeca din vas, un segment cât mai lung.

E. REFACEREA PERETELUI ABDOMINAL încheie intervenţia chirurgicală care a decurs fără incidente.

X VARIANTE TEHNICE

A. REZECŢIA LĂRGITĂ se referă la alte ramuri venoase care pot însoţi vena spermatică (în nici un caz la ureter !).

B. ALTE VARIANTE rămân de excepţie, neavând o viză patogenetică :

- Rezecţia scrotului, mai mult sau mai puţin întinsă, poate fi necesară când depăşeşte limitele acceptabile dar are doar valoarea unui suspensor, fără a modifica refluxul venos.
- Suspendarea testiculului la nivelul orificiului inguinal superficial are acelaşi neajuns.
- Diversele procedee musculo-aponevrotice de la nivelul canalului inguinal, cu scopul de a crea unele şicane pentru cordonul spermatic, nu elimină refluxul.
- Procedeele care rezecă parte din sistemul venos la nivel inguino-funicular, sunt periculoase şi, de asemenea, fără efect asupra refluxului.

XI INCIDENTE şi ACCIDENTE INTRAOPERATORII

- Dificultăţile în evidenţierea venei spermatice nu pot ţine decât de inciziile prost plasate sau de insuficienţa acestora, de fapt cauza celor mai multe accidente sau incidente intraoperatorii, care pot transforma o intervenţie deosebit de simplă într-una plină de riscuri şi necazuri.
- Ruptura venei spermatice impune lărgirea câmpului operator, reperajul corect al capetelor vasului şi ligatura acestora.
- Leziunea arterei spermatice este un accident serios care poate duce la necroza testiculului.
- Leziunea ureterului şi, mai ales, " extirparea " acestuia, confundat cu vena spermatică, este un accident grosolan şi reclamă o corectură chirurgicală corectă dacă nu nefrectomia.
- Deschiderea peritoneului este un accident lipsit de semnificaţie particulară dar care impune refacerea continuităţii sale.
- Nu acelaşi lucru se poate spune despre leziunile accidentale ale unor viscere din peritoneu.

XII ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

ÎNGRIJIRILE POSTOPERATORII nu au nimic deosebit dar vor urmări evoluţia periferică a efectelor intervenţiei noastre şi surprinderea unor complicaţii posibile.

XIII COMPLICAŢII POSTOPERATORII

COMPLICAŢIILE POSTOPERATORII pot consemna :

- Edemul scrotal poate surveni la 3 - 4 zile postoperator, durează cam tot atâtea şi cedează spontan.
- Tromboflebita varicocelului poate surveni pe venele mici şi mijlocii şi reclamă tratamentul corespunzător antiinflamator, rezolutiv sau, după caz, anticoagulant.
- Hidrocelul postoperator este relativ rar şi poate surveni după edemul prelungit. Poate reclama cura obişnuită pentru hidrocel dacă este voluminos şi supărător, dar numai după un interval rezonabil.

XIV SECHELE POSTOPERATORII

SECHELELE POSTOPERATORII depind de stadiul în care intervenţia a survenit.

- Dacă este vorba de un testicul compromis funcţional, sunt puţine şanse ca, postoperator, acesta să-şi recupereze funcţiile.
- Sechelele se referă mai ales la componenta scrotală şi pot impune unele intervenţii corectoare, în raport cu amploarea acestora.

XV REZULTATE, PROGNOSTIC

- Mortalitatea nu este consemnată.
- Rezultatele şi prognosticul sunt cu atât mai favorabile cu cât intervenţia s-a efectuat mai aproape de începutul afecţiunii, în raport cu vârsta bolnavului şi cu tulburările pe care boala le-a antrenat.

43

CURA CHIRURGICALĂ A HEMOROIZILOR

I DEFINIŢIE

Cura chirurgicală a hemoroizilor este intervenţia chirurgicală prin care se realizează extirparea nodulilor hemoroidali sau a mucoasei care îi conţine.

II ANATOMIE CHIRURGICALĂ

A. ANUSUL, CANALUL ANAL sau **RECTUL PERINEAL,** porţiunea terminală a tubului digestiv sau inelul inferior al acestuia,

- este situat în perineul posterior sau anal, zonă triunghiulară circumscrisă de planurile care trec prin
  - = cele două tuberozităţi ischiatice şi
  - = vârful coccisului ;
- are o lungime medie de 3 - 4 cm, fiind întins între :
  - = inelul ano-rectal, locul unde fibrele ridicătorilor anali se întrepătrund cu fibrele musculare longitudinale ale rectului şi cu fasciculul profund al sfincterului intern şi
  - = orificiul anal.
- are un lumen virtual în stare de repaus şi real în diverse momente fiziologice, şi
- formează cu canalul rectal, un unghi deschis înapoi, datorită fasciculului pubo-rectal al ridicătorilor anali.

B. MUCOASA ANALĂ face trecerea între mucoasa ampulară (cilindrică) şi zona cutanată (cu epiteliu pavimentos pluristratificat), având

un epiteliu cuboid, şi prezintă 3 zone distincte prin structură :

1. **Zona columnară** este dominată de :

a. Coloanele lui MORGAGNI, în număr de 8 - 10, măsurând cca 12 -15 mm în înălţime, vag conice, cu baza spre orificiul anal şi cu vârful pierzându-se către ampula rectală. Ele rezultă din " plisarea " longitudinală a mucoasei, corespunzătoare segmentului care-şi reduce lumenul dar rămâne capabil de etalare în momentul trecerii bolului fecal. Aceste coloane conţin fascicule de fibre musculare, ramuri arteriolare şi venoase din vasele hemoroidale superioare, venele alcătuind plexul hemoroidal intern, sediul hemoroizilor interni ;

b. între coloanele MORGAGNI se situează **sinusurile MORGAGNI**, mai profunde spre baza coloanelor, şi care se termină cu

c. **criptele sau sinusurile lui MORGAGNI**, adevărate săculeţe sub formă de cuiburi de rândunică, în care se adună mucusul. Ele se prelungesc sub forma unor evaginaţii mucoase care traversează peretele anal până la nivelul submucoasei şi în sfincterul anal intern, realizând glandele sau relicvatele lui HERMANN şi DESFOSSES care pot fi sediul unor inflamaţii, punct de plecare al unor abcese sau al unor criptite ;

d. la baza coloanelor MORGAGNI, se găsesc **papilele anale** care formează o linie dinţată, sinuoasă şi circulară, PECTENUL sau LINIA PECTENULUI, care constituie limita inferioară a zonei columnare.

2. Zona intermediară, pecten sau banda pectinee, are cam aceeaşi lungime ca şi prima zonă, 12 - 15 mm, şi se întinde între linia pectenului şi LINIA ALBĂ INTERSFINCTERIANĂ HILTON, care face demarcaţia între sfincterul anal intern şi cel extern, realizată de septul intermuscular, perceptibilă sub forma unei depresiuni circulare (imaginare după unii autori). Aici se află plexul hemoroidal extern sau inferior, sediul hemoroizilor externi, iar mucoasa conţine fibre elastice, musculare şi ţesut conjunctiv, structuri care prin inflamaţie pot realiza pectenoza, dominată de fibroză, scleroză şi inflamaţie.

3. A treia zonă începe sub linia albă HILTON, fiind în realitate, zona muco-tegumentară a orificiului anal propriu-zis, unde mucoasa este netedă, cu pliuri fine, conţinând în structura sa glande sudoripare, sebacee şi foliculi piloşi.

C. DISPOZITIVUL SFINCTERIAN este alcătuit dintr-un cilindru muscular format din :

1. **Sfincterul anal intern**, o aglomerare de fibre musculare netede aparţinând stratului circular al rectului, care înconjoară cele două treimi proximale ale canalului anal, pe o lungime de 2,5 cm, care are rolul de a evacua complet canalul anal după trecerea materiilor fecale şi asigură continenţa permanentă pentru materii, lichide şi gaze.
2. **Sfincterul anal extern** este un muşchi voluntar care realizează continenţa intermitentă pentru materii şi gaze şi acoperă cele două treimi distale ale canalului anal, astfel încât el se suprapune cu sfincterul intern numai la nivelul treimii mijlocii a canalului anal. Acest sfincter este alcătuit din 3 porţiuni :
   a. una profundă, inserată posterior şi inseparabilă de ridicătorul anal,
   b. o porţiune superficială, formată din două jumătăţi eliptice care înconjură sfincterul intern şi se unesc anterior şi posterior şi
   c. o porţiune subcutanată, care încercuieşte treimea distală a canalului anal, circulară şi fără inserţie, palpându-se distinct la nivelul liniei albe HILTON.
3. **Stratul longitudinal al rectului** se prelungeşte în jos, între sfincterul intern şi cel extern, terminându-se la nivelul liniei albe a lui HILTON ; din fasciculul ajuns la nivelul acestei linii intersfincteriene se desprind :
   a. unele fibre musculare care se răspândesc lateral, în evantai, pentru a forma septul transvers, care separă spaţiul ischio-rectal într-un compartiment profund şi altul superficial şi
   b. alte fibre care se îndreaptă caudal, unde se vor insera pe pielea perineală, formând muşchiul ridicător al pielii anale : corrugator cutis ani ;
   c. în plus, muşchii longitudinali trimit două prelungiri musculare (slips) care merg de o parte şi alta a liniei mediane, realizând muşchiul recto-uretral al lui ROUX.
4. **Muşchii ridicători anali** au trei fascicule :
   a. fasciculul pubo-coccigian, care se inseră ca un evantai între pubis şi sacru,
   b. fasciculul pubo-rectal care porneşte de pe ramura descendentă a pubisului şi formează, prin unirea cu muşchiul de partea opusă şi inserţia lor pe rafeul ano-coccigian, o chingă, la nivelul joncţiunii ano-rectale, realizând unghiul ano-rectal, şi
   c. fasciculul ilio-coccigian, cel mai lateral, se uneşte cu sfincterele anale, în porţiunea posterioară a canalului anal.

D. V A S C U L A R I Z A Ţ I A

A R T E R E L E sunt reprezentate de :

1. **Artera hemoroidală inferioară**, ram din ruşinoasa internă, socotită

drept artera proprie a canalului anal, se distribuie aparatului sfincterian, canalului anal şi perineului posterior, în timp ce

2. **Artera hemoroidală superioară** (ramul terminal al mezentericii inferioare) împreună cu

3. **Artera hemorodială mijlocie** au destinaţie submucoasă, între cele trei ramuri existând anastomoze care străbat sfincterul striat.

V E N E L E realizează o reţea submucoasă foarte bogată, dispusă în două zone de aglomerare vasculară anastomozate între ele :

1. **Plexul hemoroidal superior** (intern) care este tributar venei porte, prin vena hemoroidală superioară şi mezenterica inferioară, având vene avalvulate şi fiind susceptibil de a prelua orice creştere de tensiune din sistemul port şi.

2. **Plexul hemoroidal inferior** (extern), tributar venei cave inferioare, prin venele hemoroidale mijlocii şi inferioare ; la nivelul anastomozelor venelor hemoroidale se realizează în fapt, legătura dintre sistemul port şi cel cav inferior, hemoroizii interni determinând formarea celor externi.

Din anastomozarea vaselor hemoroidale rezultă trei curente vasculare care pot explica sediul relativ constant pentru hemoroizii principali :

* lateral stâng (în dreptul orei 3),
* posterior dreapta (la ora 8) şi
* anterior dreapta (în dreptul orei 10),

pe bolnavul aflat în poziţie ginecologică.

III OBIECTIVE şi PRINCIPII

OBIECTIVUL PRINCIPAL al intervenţiei este reprezentat de suprimarea refluxului sanguin în plexul hemoroidal, fie prin întreruperea comunicării dintre cele două sisteme venoase, port şi cav, fie prin ridicarea, în totalitate, a ţesuturilor care conţin dilataţiile hemoroidale.

PRINCIPIILE care trebuie cunoscute şi respectate pentru a asigura reuşita intervenţiei :

- Chirurgul nu mai poate privi boala hemoroidală ca o afecţiune strict venoasă ci în context tisular, la care participă, în egală măsură, arteriolele, capilarele, limfaticele şi celelalte structuri.
- Tratamentul chirurgical diferă în raport cu tipul de hemoroizi, interni sau externi, chiar dacă unii autori consideră că aceştia nu pot fi consideraţi independent unii de alţii. În orice caz, pentru prolapsul hemoroidal se poate stabili cu uşurinţă evoluţia şi legătura

dintre cele două forme de hemoroizi şi, mai ales, suferinţa de lungă durată, marcată de multiple pusee evolutive care au influenţat toate structurile locale.

- Oricât de limitată ar fi, intervenţia pentru hemoroizi afectează atât mucoasa cât şi submucoasa anală şi celelalte structuri anatomice, de mare importanţă funcţională.
- Tratamentul chirurgical trebuie să survină în afara puseelor inflamatorii cu caracter acut din regiune.
- Se poate vorbi despre o precocitate a intervenţiei chirurgicale, în sensul că hemoroizii trebuie operaţi mai înainte de apariţia prolapsului hemoroidal, cel care pune problemele cele mai delicate din punct de vedere terapeutic chirurgical, care este creditat cu rezultatele cele mai nesatisfăcătoare sau de risc major.
- Intervenţia nu trebuie să afecteze, în nici un fel, aparatul sfincterian, care trebuie pus în repaus funcţional.
- Intervenţia trebuie să se realizeze pe un bolnav foarte bine pregătit din punctul de vedere al vacuităţii digestive şi chiar al reducerii septicităţii locale.
- Cura chirurgicală a hemoroizilor reclamă, în mod particular, o foarte bună anestezie şi relaxare sfincteriană.

IV INDICAŢII şi CONTRAINDICAŢII

INDICAŢIILE intervenţiei pentru hemoroizi sunt reprezentate de :

1. Hemoroizii de gr. II şi III, chiar necomplicaţi, întrucât potenţialul lor de a se complica este destul de mare iar prin iritaţia locală şi suferinţele cu caracter permanent, întreţin o stare de disconfort pentru bolnav
2. Hemoroizii complicaţi cu : prolaps hemoroidal, fisuri, anorectite, supuraţii de vecinătate etc., reprezintă indicaţii chirurgicale absolute.
3. Hemoroizii cu pusee repetate de tromboză hemoroidală trebuie operaţi dar numai în afara puseelor evolutive.
4. Complicaţiile acute pot necesita tratament chirurgical dar, în multe cazuri, suntem nevoiţi să practicăm intervenţii limitate, de necesitate, urmând ca după stingerea complicaţiilor să practicăm un tratament radical al hemoroizilor.
5. Hemoroizii recidivaţi.

CONTRAINDICAŢIILE aparţin hemoroizilor secundari, simptomatici şi puseelor acute de suferinţă hemoroidală care realizează indicaţii pentru alte modalităţi chirurgicale limitate şi nu cu caracter de

radicalitate.

V PREGĂTIRE PREOPERATORIE

Pregătirea generală a bolnavului se face după caz :

- Combaterea stărilor de anemie, posibile prin pierderile distilante şi îndelungate de sânge, poate fi necesară.
- Tratamentul de reechilibrare hidro-electrolitică ori cel de compensare viscerală pot figura printre măsurile preoperatorii ale bolnavului hemoroidal.
- Asigurarea unei alimentaţii fără rezidii şi chiar a unei dezinfecţii intestinale sau vaccinarea nespecifică pot fi binevenite.

Pregătirea locală este de cea mai mare importanţă şi poate dura un timp mai îndelungat :

- băile calde de şezut , cu hipermanganat,
- aplicarea locală de pomezi diverse, emoliente sau antiinflamatorii (lasonil, unguente heparinate, fenilbutazonă etc.) sau antispastice ;
- combaterea pruritului local se va face prin badijonări cu soluţii foarte slabe de nitrat de argint (0,5 - 1%), tanin sau diverse pulberi de talc-oxid de zinc etc.
- evacuarea tubului digestiv face parte dintre măsurile comune şi obligatorii ale oricărui operat pe segmentul terminal al tubului digestiv.

VI ANESTEZIE

Cea mai frecvent folosită de noi este **ANESTEZIA DE CONDUCERE**, peridurală, rahidiană sau, mai ales, anestezia " în şea ", anestezie de calitate şi care ne oferă, de asemeni, o relaxare sfincteriană corectă.

ANESTEZIA GENERALĂ poate intra în discuţie pentru cazuri particulare, ca şi **ANESTEZIA LOCALĂ**, care poate fi folosită numai pentru intervenţii limitate : trombectomie, reducere de prolaps etc..

VII INSTRUMENTAR

COMUN - trusa pentru intervenţii mijlocii.

SPECIAL - dilatator anal TRELAT, pense de hemoroizi LANGENBECK, pense pentru tampon montat, eventual electrocauter.

VIII DISPOZITIV OPERATOR

BOLNAVUL :

= în decubit dorsal,
= cu perineul ieşit în afara mesei de operaţie rupte ;
= membrele inferioare uşor flectate pe abdomen şi plasate pe suporţii mesei ;
= membrele superioare în abducţie pentru aparat de tensiune şi perfuzie.

ECHIPA OPERATORIE :

1. Operatorul - aşezat pe scaun, la perineul bolnavului.
2. Ajutorul - la dreapta operatorului.

IX TEHNICĂ

Rezecţia " în bloc " a mucoasei anale şi a pachetelor hemoroidale, tehnica WHITEHEAD-VERCESCU.

A. DILATAŢIA ANALĂ este timpul iniţial, absolut obligatoriu pentru orice intervenţie practicată pe regiunea anală. Acest timp trebuie foarte bine realizat, cu un menajament particular demn de subliniat, şi care nu are drept scop decât relaxarea maximală a aparatului sfincterian.

☞ **Dilataţia anală este o manevră posibilă, anestezia de calitate permiţându-ne să o facem fără nici un sacrificiu tisular sau cu brutalizarea unor structuri atât de fine. Dilataţia se poate realiza cu dilatatorul metalic dar credem că dilataţia digitală este mai adecvată, fiind cea mai puţin traumatizantă, putând fi controlată şi dozată în raport cu relaxarea pe care o obţinem treptat, uneori surprinzător de amplă, ceea ce ne deschide un câmp deosebit şi ne pune în evidenţă leziuni pe care nu le bănuiam. O dilataţie anală corectă induce un prolaps mucos sau rectal mult mai evident, nemaifiind necesare manevrele de prolabare a mucoasei (tampon montat sau ancorat cu fire de aţă etc.), hemoroizii interni devenind evidenţi şi bine expuşi, cu aspect caracteristic, odată cu mucoasa anală.**

B. DISECŢIA MANŞONULUI MUCO-HEMOROIDAL. Se plasează, la limita cutaneo-mucoasă, în cele 4 puncte cardinale, tot atâtea pense KOCHER care expun regiunea în mod corespunzător ; între cele patru pense, se secţionează linia cutaneo-mucoasă sau cu câţiva milimetri mai în interior şi, ajutându-ne de degetul introdus în canalul anal, realizăm

o detaşare a mucoasei, cu hemostază din aproape în aproape, păstrându-ne în permanenţă în planul submucos, fără a zdrenţui mucoasa, în timp ce al doilea operator, cu ajutorul unui FARABEUF mânuit cu dexteritate, blândeţe şi interes, îndepărtează sfincterul anal. În final, vom realiza un cilindru mucos continuu care conţine şi pachetele hemoroidale, având limita superioară la nivelul unde mucoasa apare cu aspect normal.

C. SECŢIUNEA CILINDRULUI MUCOS se realizează mai întâi longitudinal, în axul organului, în dreptul celor patru puncte cardinale, ceea ce ne pune în prezenţa a patru lambouri distincte, tracţionate de tot atâtea pense, bine expuse de ajutor.

D. REZECŢIA MUCOASEI şi SUTURA CUTANEO-MUCOASĂ continuă logic, începând de la nivelul punctului superior şi evoluând pe fiecare din cele două laturi superioare, apoi pe cele inferioare, suturând, cu fire simple de catgut subţire, linia de secţiune mucoasă cu cea cutanată, pe măsură ce mucoasa este rezecată, paralel cu linia de disecţie. Firele se înoadă cu delicateţe pentru a nu tăia şi a ne obliga la recupe supărătoare, în final, coroana de fire de catgut refăcând continuitatea cutaneo-mucoasă, fără sângerare (la nevoie aplicăm puncte de hemostază suplimentară), cu evidentă tendinţă (dacă am ales bine planurile şi liniile de secţiune cutanată şi mucoasă) la ascensiune şi la entropionarea discretă a liniei de sutură. La nevoie, reducerea prolapsului mucos creat de noi, se poate face cu uşurinţă.

E. Plasarea unei meşe generos lubrifiată, în canalul anal, fără tensiune, încheie intervenţia chirurgicală.

X VARIANTE TEHNICE

În general, intervenţiile operatorii pentru hemoroizi pot fi de două tipuri :

A. Intervenţii care urmăresc extirparea izolată a pachetelor sau a nodulilor hemoroidali, operaţii cu caracter mai limitat sau segmentar, şi

B. Intervenţii care au în vedere ridicarea sau rezecţia completă a mucoaşei care conţine plexurile hemoroidale afectate

A. În prima categorie se înscriu :

1. **Ligatura-rezecţia izolată a pachetelor hemoroidale**, care convine pachetelor hemoroidale principale, hemoroizilor de gr.I şi II şi comportă :

= dilataţie anală ;

= se recunosc pachetele principale, se prind în pense "în inimă"

şi se tranfixiază la bază cu câte un ac montat cu fir de nylon sau de catgut, firul strângându-se pe măsură ce pensa aplicată pe nodul se relaxează. Se rezecă fiecare nodul, cu atenţie pentru a nu secţiona firul de ligatură şi a menaja un bont de ţesut suficient de mare, pentru ca ligatura să nu derapeze ;

- tehnica nu convine coroanelor de pachete hemoroidale, întrucât ligaturile transfixiante multiple, care nu lasă punţi de mucoasă sănătoasă între nodulii ligaturaţi şi rezecaţi, poate conduce la stenoze anale.

2. În **tehnica LANGENBECK**, se aplică câte o pensă specială LANGENBEC pe nodulii hemoroidali, care se extirpă pe circumferinţa anală, după care, un surjet de catgut reface continuitatea cutaneo mucoasă. Şi această tehnică poate predispune la stenoze, dacă surjetul este prea strâns.

3. **Rezecţia hemoroizilor** după **tehnica MILLIGAN - MORGAN** presupune ridicarea nodulilor hemoroidali principali, împreună cu mucoasa care îi acoperă :

= se reperează nodulii hemoroidali pe care, la nivelul liniei ano-cutanate, se aplică câte o pensă KOCHER ;

= se rezecă un lambou triunghiular de mucoasă, centrat de nodulul hemoroidal, cu vârful spre centrul anusului, nivel unde se eliberează pedicului pachetului hemoroidal principal, la marginea inferioară a sfincterului intern, se ligaturează cu fir transfixiant şi se secţionează ;

= triunghiurile de mucoasă secţionată nu se suturează ci se acoperă cu un pansament bine vaselinat ;

= lambourile dintre zonele secţionate vor permite acoperirea mucoasă, limitând foarte mult, posibilitatea stenozelor.

4. **Tehnicile combinate** se adresează în mod diferenţiat fiecărui pachet hemoroidal : după tehnica MILLIGAN-MORGAN pentru pachetele hemoroidale principale, şi ligatura-rezecţia sau alte modalităţi pentru celelalte.

5. Tot aici trebuie amintită **tehnica trombectomiei**, care constă în incizii radiare, practicate direct pe nodulii trombozaţi, ceea ce face posibilă evacuarea trombilor, eventual facilitată de " exprimarea " nodulilor sub tensiune. Liniile de incizie nu se suturează şi vor permite cicatrizarea mucoasă.

B. Pentru a doua categorie de intervenţii, **tehnica WHITEHEAD-VERCESCU** reprezintă operaţia " princeps " din care au

derivat alte procedee, vizând eliminarea riscului de sechele cu care este creditată tehnica descrisă.

- Chiar în această tehnică, sfincterul intern poate fi ancorat, cu fire subţiri de catgut, la mucoasa anală.

☞ **Privind critic tehnicile pentru cura chirurgicală a hemoroizilor trebuie să subliniem marea varietate a aspectelor pe care le îmbracă suferinţa hemoroidală şi, în consecinţă, necesitatea de a individualiza tratamentul chirurgical.**

☞ **În practica noastră am avut ocazia să lucrez cu chirurgi cu experienţă, pentru care operaţia WHITEHEAD-VERCESCU constituia o tehnică predilectă, realizată cu o îndemânare de invidiat, constant reuşită şi urmată de foarte bune rezultate.**

☞ **Am văzut şi bolnavi cu sechele serioase, după alţi operatori, ceea ce ne-a făcut ca, în timp şi în absenţa exemplului reuşit, să părăsim tehnica de coborîre a mucoasei, WHITEHEAD-VERCESCU, în favoarea operaţiilor limitate. Cu toate acestea, mărturisim că am avut şi situaţii în care am fost convinşi că această tehnică ar fi fost cea mai indicată.**

☞ **Sigur că tehnicile segmentare lasă loc pentru intervenţii corectoare care pot ameliora rezultatele unor intervenţii anterioare dar trebuie să admitem că există, din partea majorităţii chirurgilor, o reţinere faţă de intervenţiile de amploare la acest nivel.**

XI INCIDENTE şi ACCIDENTE INTRAOPERATORII

INCIDENTELE şi ACCIDENTELE INTRAOPERATORII ţin foarte mult de situaţia locală dar, în egală măsură, de orientarea chirurgului. Se pot menţiona :

- Expunerea insuficientă a mucoasei anale afectate, din cauza unei dilataţii anale incomplete, ceea ce poate crea dificultăţi în aprecierea leziunilor şi în rezolvarea lor.
- Ruptura unor filete musculare sfincteriene, prin manevre brutale, se poate trăda mai târziu cu unele suferinţe.
- Hemoragia intraoperatorie şi hematoamele submucoase sunt determinate de manevrele locale brutale şi de nerespectarea unei tactici corecte ; hemostaza este dificilă şi periculoasă, limitând şi

mai mult câmpul operator.

- Ruptura mucoasei, şi aşa friabile, prin tracţiuni şi pensări incorecte, determină o adevărată " dantelare " neregulată a cilindrului mucos care urmează a fi rezecat şi suturat şi determină dificultăţi în realizarea suturii muco-cutanate.
- Nereperarea corectă a interliniului muco-cutanat şi secţiunea exagerată a pielii, vor induce tracţiuni pe mucoasă, cu eşuarea suturii şi fuga mucoasei, accident foarte supărător sau cu realizarea unui ectropion cu implicaţii severe în evoluţia postoperatorie.
- Dimpotrivă, secţiunea mucoasei anale prea în interior sau lăsarea pe loc a unor noduli hemoroidali, vor antrena entropionul mucos sau recidiva hemoroidală.
- Disecţia prea întinsă a cilindrului mucos va realiza o sutură sub tensiune, tulburări sfincteriene sau cicatrici vicioase inextensibile.
- Rătăcirea în planurile anale şi secţiunea sfincterului anal în mai multe puncte cresc riscul incontinenţei sfincteriene.

XII ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

- Poziţia de repaus şi un tratament antialgic corect sunt absolut necesare, fiind vorba de una dintre cele mai dureroase intervenţii chirurgicale. Se vor scoate meşele din canalul anal cât mai precoce (uneori chiar în după-amiaza intervenţiei) întrucât acestea pot menţine contractura sau spasmul sfincterian foarte dureroase.
- Dieta hidrică va realiza un grad oarecare de constipaţie, favorabilă cicatrizării locale.
- Odată cu reluarea tranzitului, ajutat de unele laxative uşoare sau de uleiul de parafină (tot mai absent în ultima vreme), se încep băile călduţe şi de scurtă durată, alături de tratamentul local rezolutiv : pomezi emoliente, hemorzon etc.
- Alimentaţia naturală la care se ajunge în scurt timp, obligă la reluarea tranzitului şi la realizarea unei toalete locale fără a exagera în nici un sens.

XIII COMPLICAŢII POSTOPERATORII

- Retenţia urinară survine în marea majoritate a cazurilor şi obligă la plasarea unei sonde vezicale. Aceasta trebuie menţinută un timp cât mai scurt, pentru a evita infecţiile urinare posibile.
- O stare de disconfort relativ şi chiar o incontinenţă frustă pentru

gaze, nu trebuie să ne îngrijoreze pra mult, întrucât aceasta se datorează edemului local dar atenţia noastră trebuie să fie permanent îndreptată asupra acestui semn.

- Sângerarea locală şi hematoamele atestă o hemostază insuficientă şi necesită uneori, chiar măsuri active de stopare a hemoragiei sau incizii de evacuare. Uneori hematoamele iau dimensiuni importante şi sunt neplăcute întrucât pot decola mucoasa pe distanţe mari.
- Tromboflebita postoperatorie trădează fie o rezecţie insuficientă, cu remanenţa unor noduli hemoroidali, fie continuarea unui proces trombotic incomplet stins în momentul operaţiei.
- Complicaţiile generale sunt relativ rare, răsunetul asupra economiei organismului fiind puţin semnificativ.

XIV SECHELE POSTOPERATORII

- Deşi unii autori consideră patologia hemoroidală drept una minoră sau fără interes, intervenţiile pentru hemoroizi reclamă o bună orientare tactică şi tehnicitate particulară. Intervenţiile prost motivate tactic şi nerealizate tehnic pot antrena suferinţe şi sechele grave şi supărătoare, ba chiar infirmităţi greu de justificat. În general se poate spune că respectarea unor indicaţii şi a unei tehnici îngrijite, sunt urmate de bune rezultate. Cu toate acestea unele sechele postoperatorii pot fi menţionate :
  - = Fisura anală poate rezulta din dehiscenţa suturii ano-cutanate, limitată într-o zonă oarecare şi poate ceda la simplul tratament medical sau să necesite excizia şi sutura locală.
  - = Recidiva hemoroidală poate fi explicată prin alegerea unei tehnici inadecvate pentru cazul dat, prin lăsarea pe loc a unor noduli hemoroidali, ca să nu mai vorbim de falsele recidive care aparţin unor noduli hemoroidali simptomatici care, în fapt, aveau altă indicaţie chirurgicală.
  - = Ectropionul mucos întreţine anusul umed sau plângător, "weeping ", cu sângerare locală şi prurit ; apare prin rezecţii cutanate sau coborîre mucoasă exagerate, este foarte supărător, cu atât mai mult cu cât se însoţeşte şi de un oarecare grad de incontinenţă. Ectropionul poate fi numai limitat sau circumferenţial, putând reclama rezecţii corectoare care cer o atenţie foarte mare pentru a nu agrava situaţia locală.
  - = Stenoza anală este, alături de incontinenţa anală, una dintre cele

mai temute sechele, întrucât determină adevărate infirmităţi. Prezenţa stenozei determină tulburări de evacuare, evacuarea forţată inducând apariţia fisurilor locale, a papilitei, criptitelor etc. Stenoza apare cel mai frecvent prin cicatrici fibroase, inextensibile, determinate prin alunecarea mucoasei, rezecţia insuficientă de mucoasă cu sutură în entropion, prinderea sfincterului intern în cicatrice sau prin apariţia stenozei la nivelul pectenului. Tratamentul local rezolutiv, dilataţiile anale de durată, cu insistenţă, până la obţinerea unui calibru suficient, pot fi inoperante şi să reclame o rezecţie parţială sau totală a inelului de stenoză, intervenţie dificilă şi care trebuie efectuată cu deosebită prudenţă şi tehnicitate.

= Incontinenţa anală se datorează leziunii sfincterului intern şi a celui extern. Foarte supărătoare şi greu de tratat, ea poate constitui o infirmitate, de diverse grade. Posibilităţile terapeutice locale sunt destul de limitate, reclamă o adevărată gimnastică a musculaturii ano-rectale şi sfincteriene, reglementarea scaunului, măsuri igieno-dietetice etc.

XV REZULTATE, PROGNOSTIC

- Rezultatele postoperatorii sunt favorabile în cazurile în care afecţiunea nu este prea avansată şi s-au respectat indicaţiile şi principiile tactico-tehnice necesare.
- Fără îndoială că intervenţia pentru hemoroizi este una de necesitate şi chiar dacă nu ridică probleme de risc vital, riscurile funcţionale postoperatorii nu trebuie neglijate sau minimalizate. Este şi motivul pentru care mulţi practicieni au părăsit intervenţia de tip WHITEHEAD-VERCESCU, cea creditată cu cele mai grave sechele posibile, în favoarea unor intervenţii mai limitate de tip MILLIGAN-MORGAN.
- Pentru cazurile comune, prognosticul este favorabil, cu recuperare completă, capabilă să asigure confortul necesar.

44

CURA CHIRURGICALĂ A FISURII ANALE

I DEFINIŢIE

CURA CHIRURGICALĂ A FISURII ANALE este intervenţia care are drept scop excizia sau asigurarea condiţiilor locale pentru vindecarea leziunii anale de tip fisurar.

II ANATOMIE CHIRURGICALĂ

(Vezi 43 - II)

Fisura anală are localizare predilectă la nivelul comisurii anale posterioare, numai aproximativ 10% din cazuri ocupând regiunea comisurală anterioară. În general, fisurile laterale se abat de la cadrul fisurii anale propriu-zise.

III OBIECTIVE şi PRINCIPII

OBIECTIVUL PRINCIPAL al intervenţiei este reprezentat de :

- suprimarea leziunii ulcerative caracteristice, sursă de tulburări reflexe nociceptive, în care spasmul sfincterian este cel mai important.
- Refacerea integrităţii mucoase este un obiectiv derivat, care poate fi realizat de la început sau în mod secundar.
- De asemeni, poate fi necesară rezolvarea unor elemente de patologie însoţitoare, de tip hemoroizi, polipi anali, papilită etc.

Pentru realizarea obiectivelor propuse, este necesară considerarea unor **PRINCIPII** :

- Fisura anală nu trebuie privită doar ca o ulceraţie de origine pur mecanică, cea care se vindecă mai uşor, ci într-un complex etiologic mult mai amplu, în care contribuţia unor factori vasculari, trofici, inflamatori sau chiar neuro-psihici poate fi uneori decelată.
- Intervenţia trebuie să survină pe un bolnav bine pregătit, pe cât posibil în afara unor pusee inflamatorii acute sau cel puţin cu suferinţa de acest gen, diminuată sau atenuată, prin tratamente rezolutive locale.
- Asigurarea vacuităţii digestive este absolut necesară, nu întotdeauna uşor de realizat, tocmai din cauza spasmului prezent şi care poate fi exacerbat de manevrele locale.
- Deşi poate părea o afecţiune minoră şi banală, ca şi intervenţia chirurgicală care încearcă să o rezolve, anestezia de calitate este un deziderat deosebit de important. Intervenţia nu poate fi dusă la bun sfârşit sub o anestezie oarecare, aceasta putând însemna eşecul intervenţiei.
- Intervenţia chirurgicală reprezintă numai o secvenţă terapeutică a afecţiunii, ea urmând a fi urmată de tratamentul cauzelor care au generat fisura anală, ceea ce poate evita recidiva fisurară.

IV INDICAŢII şi CONTRAINDICAŢII

INDICAŢIA PRINCIPALĂ a intervenţiei este reprezentată de fisura anală simplă sau complicată, însoţită sau nu de alte elemente patologice locale, la care tratamentele medicale sau igieno-dietetice insistente au eşuat.

CONTRAINDICAŢIILE sunt reprezentate de fisurile de altă origine : sifilis, tuberculoză, limfogranulomatoză, cancer etc. sau consecutive pruritului anal, afecţiuni care necesită alte tratamente.

V PREGĂTIRE PREOPERATORIE

(Vezi 43 - V)

VI ANESTEZIE

(Vezi 43 - VI)

VII INSTRUMENTAR

(Vezi 43 -VII)

VIII DISPOZITIV OPERATOR

(Vezi 43 - VIII)

IX TEHNICĂ

Excizia fisurii anale, cu sutură primară a mucoasei anale, tehnica BACON.

A. DILATAŢIA ANALĂ instrumentală sau, mai corect, digitală, realizează o bună relaxare sfincteriană şi expune mucoasa anală în mod favorabil, odată cu leziunea fisurară.

B. EXCIZIA completă a fisurii implică ridicarea unei elipse mucoase, cu marele ax longitudinal dirijat de fisura însăşi.

C. SUTURA MUCOASĂ, buză la buză, nu are nimic particular, realizându-se cu fire separate, simple, de catgut subţire.

D. INFILTRAŢIA SFINCTERIANĂ cu soluţie de xilină sau novocaină poate fi binevenită, urmată de

E. Plasarea unei meşe de tifon vaselinată, bine calibrată şi nu prea voluminoasă, în lumenul anal, şi care încheie intervenţia chirurgicală.

F. Eventual, după caz, se poate realiza şi extirparea unui nodul hemoroidal satelit, cel mai adesea prezent, a unui polip etc.

X VARIANTE TEHNICE

A. DILATAŢIA ANALĂ convine fisurilor simple, recente şi necomplicate şi constă în forţarea dilataţiei anale, ceea ce provoacă o dilacerare suplimentară a fisurii anale dar este necontrolată, fiind susceptibilă de a realiza şi ruptura unor filete ale sfincterului anal.

B. SFINCTEROTOMIA INTERNĂ, cu sau fără excizia fisurii propriuzise, se poate realiza chiar prin patul fisurar sau lateral de acesta, şi interesează treimea distală a sfincterului anal intern sau neted şi mai rar şi fasciculul subcutanat al sfincterului extern, ceea ce suprimă spasmul sfincterian şi crează premisele vindecării.

XI INCIDENTE şi ACCIDENTE INTRAOPERATORII

Sunt relativ limitate şi reprezentate de sângerarea locală şi de hematoamele locale, cu dificultăţi în realizarea intervenţiei.

XII ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

ÎNGRIJIRILE POSTOPERATORII nu au nimic particular. Foarte importante sunt suprimarea sau diminuarea durerilor locale, realizarea unui grad oarecare de constipaţie şi apoi, după reluarea tranzitului digestiv, aplicarea unor proceduri locale cât mai eficiente.

XIII COMPLICAŢII POSTOPERATORII

COMPLICAŢIILE POSTOEPRATORII sunt relativ rare, putându-se consemna hematoamele locale, apariţia unei incontinenţe sfincteriene pasagere sau, în anumite situaţii, definitive, greu de soluţionat.

XIV SECHELE POSTOPERATORII

Se pot consemna :

- Recidivele locale, care pot surveni la un interval mai lung sau mai scurt şi care confirmă persistenţa unor condiţii favorizante locale : constipaţie rebelă, spasm sfincterian de origine rectală sau neuro-psihică etc.
- Incontinenţa anală este destul de rară şi trădează lezarea sfincterului anal în întregime.

XV REZULTATE, PROGNOSTIC

- Rezultatele intervenţiei sunt, în general, satisfăcătoare, fără mortalitate sau sechele postoperatorii.
- Prognosticul poate fi favorabil, în măsura în care bolnavul va respecta regulile de igienă locală, va evita constipaţia şi va face tratamentul corect al diverselor afecţiuni ale regiunii anale.

45

FLEGMONUL ISCHIO-RECTAL

I DEFINIŢIE

Flegmonul ischio-rectal este o colecţie purulentă dezvoltată în spaţiul cu acelaşi nume şi face parte din capitolul supuraţiilor ano-rectale.

II ANATOMIE CHIRURGICALĂ

Dispoziţia formaţiunilor anatomice ale regiunii : organe, diafragme musculare, sfincter etc., realizează - în regiunea pelvi-rectală - mai multe spaţii sau loji celulo-conjunctive, a căror cunoaştere permite rezolvarea afecţiunilor supurative (de altfel cele mai frecvente) care survin la acest nivel. Astfel :

1. Muşchiul ridicător anal, principalul element al diafragmului pelvin, dispus în evantai, cu cele trei fascicule ale sale :
   a. pubo-coccigian,
   b. pubo-rectal şi
   c. fasciculul ilio-coccigian, acesta din urmă reunindu-se cu sfincterele anale în partea posterioară a canalului anal,

împarte regiunea pelvi-rectală în două mari spaţii :

= **spaţiul pelvi-rectal superior**, situat între ridicătorul anal, peritoneu şi rect, şi

= **spaţiul ischio-rectal**, în formă de piramidă cu baza în jos, delimitat de :
   -- muşchiul obturator intern (în afară),
   – sfincterul anal intern (înăuntru),

- ridicătorul anal (cranial) şi
- tegumente (distal). Acest spaţiu este împărţit, la rândul său, de către septul transvers (expansiune a septului intersfincterian), în :
  * fosa ischio-rectală propriu-zisă sau profundă şi
  * spaţiul perianal MILLIGAN, delimitat de tegumente, septul transvers şi spaţiul retro-anal BRICK (posterior).
  * Fosa ischio-rectală are trei prelungiri :
    » anterioară, în raport cu sfincterul uro-genital, fără comunicare cu prelungirea contro-laterală din cauza centrului tendinos al perineului,
    » posterioară, care comunică cu fosa ischio-rectală contro-laterală, îndărătul rectului, între acesta şi concavitatea sacrată, şi
    » prelungirea post-anală, subsfincteriană.
  * Existenţa acestor trei prelungiri explică fuzarea colecţiilor din fosa ischio-rectală :
    » anterior, la nivelul diverticulului uro-genital,
    » posterior, la nivelul regiunii fesiere şi
    » la nivelul fosei ischio-rectale controlaterale.
  * Grăsimea şi ţesutul celular din aceste spaţii peri-recto-anale se află dispuse între travee conjunctive, se continuă direct cu ţesutul celular subcutanat, se apără prost faţă de procesele supurative şi, odată supuraţia constituită, diversele formaţiuni anatomice limitante sunt străbătute, ceea ce explică fuzarea colecţiilor purulente. Pielea regiunii este mai rezistentă şi explică de ce colecţiile devin superficiale numai după o evoluţie îndelungată a proceselor supurative ale zonei. În acelaşi timp, existenţa acestor spaţii explică traiectele deviate ale punctelor şi liniilor de fistulizare, oblice şi neregulate.

III OBIECTIVE şi PRINCIPII

OBIECTIVUL principal al intervenţiei este reprezentat de evacuarea colecţiei purulente şi suprimarea condiţiilor care au determinat-o.

Acesta poate viza :

1. **Supuraţiile superficiale**, subcutaneo-mucoase sau intersfincteriene joase, supuraţii care se dezvoltă printre fasciculele superficiale ale

sfincterului extern sau în lungul fibrelor longitudinale ale canalului anal.

2. **Supuraţiile intersfincteriene înalte**, cu dezvoltare intraparietală.

3. **Abcesele ischio-rectale** propriu-zise, care pot fi :
   = inferioare,
   = superioare,
   = bilaterale, ori
   = fuzate la întreg spaţiul ischio-rectal.

4. **Supuraţiile pelvi-rectale superioare** sau **pelvi-subperitoneale**, cele care au traversat diafragmul ridicătorilor anali, cu extensii de diferite grade, şi

5. **Supuraţiile complexe.**

PRINCIPIILE care guvernează atingerea obiectivului propus trebuie avute în vedere :

- Ca în orice colecţie purulentă, rezolvarea unui flegmon ischio-rectal presupune evacuarea colecţiei la exterior, pe o cale cât mai directă.
- Întrucât originea supuraţiei din fosa ischio-rectală se află în abcesul perianal fuzat cranial dar mai ales în procesele supurative ano-rectale în comunicare cu canalul respectiv, abordul punctului de plecare, mai ales când acesta se află în peretele segmentului digestiv, este dificil şi greu de realizat, motiv pentru care inciziile de evacuare trebuie să fie foarte largi şi să nu favorizeze retenţiile purulente.
- Inciziile de evacuare trebuie să fie menţinute larg deschise, după debridare digitală largă şi, mai ales, prin aplicarea unor meşe mai mult sau mai puţin voluminoase, după caz, în aşa fel încât vindecarea cavităţilor de abces să se facă din profunzime către suprafaţă.
- Trebuie să facem tot posibilul pentru a pune în evidenţă zonele de fuzare sau de comunicare secundară a colecţiilor, pentru că acestea reeditează supuraţia sau o cronicizează, prin evoluţie pe cont propriu.

IV INDICAŢII şi CONTRAINDICAŢII

INDICAŢIA OPERATORIE a flegmonului ischio-rectal este categorică, tratamentul medical neintrând în discuţie decât ca tratament adjuvant.

CONTRAINDICAŢIILE nu figurează nici chiar pentru cazurile cele mai grave sau cu alterare profundă a stării generale ; complicaţiile flegmonului ischio-rectal fiind deosebit de grave, intervenţia se impune în orice situaţie .

V PREGĂTIRE PREOPERATORIE

Pregătirea generală trebuie să fie de scurtă durată dar foarte energică şi are în vedere, după caz, reechilibrarea compartimentelor afectate sau compensarea viscerală minimă.

Pregătirea locală se referă la vacuitatea digestivă, uneori greu de realizat în afara unei anestezii corecte.

VI ANESTEZIE

Cea mai comodă şi benefică este **ANESTEZIA DE CONDUCERE**, realizabilă în marea majoritate a cazurilor, cea care ne oferă satisfacţie deplină.

Când există contraindicaţii, **ANESTEZIA GENERALĂ** intravenoasă sau inhalatorie poate fi avută în vedere. Nu se pun probleme de I.O.T. decât în cazuri cu totul particulare

De asemeni, pentru situaţii extrem de grave, care vizează doar deschiderea sumară a unui flegmon ischio-rectal pentru scoaterea imediată a bolnavului din starea septică gravă în care se află, poate fi folosită chiar **ANESTEZIA LOCALĂ**. Este evident că sub o astfel de anestezie, nu se poate pretinde o rezolvare definitivă a suferinţei dar urmează ca după redresarea bolnavului să reintervenim pentru o soluţie adecvată.

VII INSTRUMENTAR

COMUN - tava de instrumente pentru intervenţiile mici sau mijlocii

SPECIAL - pense lungi şi boante, curbe sau drepte, tuburi din plastic de diverse calibre şi forme, eventual siringi montate şi ace groase şi lungi pentru depistarea unor colecţii ; aspirator de calitate, diverse pompe pentru lavajele largi etc.

VIII DISPOZITIV OPERATOR

BOLNAVUL - în decubit dorsal, cu membrele inferioare în flexie pe abdomen, fixate pe suporţii mesei de operaţie, cu perineul uşor ieşit în afara mesei de operaţie rupte ; membrele superioare în abducţie pentru perfuzie şi aparat de tensiune.

ECHIPA OPERATORIE :

1. Operatorul - la perineul bolnavului, pe scaun.
2. Ajutorul - la dreapta operatorului.

IX TEHNICĂ

Cura chirurgicală a unui flegmon ischio-rectal.

A. DILATAŢIA ANALĂ decurge ca pentru orice intervenţie chirurgicală interesând canalul ano-rectal. Degetul introdus în lumenul ano-rectal trebuie să ne dea relaţii cât mai multe asupra raportului cel mai direct al colecţiei purulente cu canalul digestiv şi zona cutanată.

B. PUNCŢIA EXPLORATORIE este un gest capital al intervenţiei şi se realizează prin pătrunderea cu un ac gros, montat la o seringă de 10 cm, la cca 3 - 4 cm în afara orificiului anal, vizând centrul colecţiei purulente, ghidându-ne după degetul din canalul rectal.

☞ **Când puncţia este corect executată şi nu ne rătăcim în planurile perianale sau perirectale (lucru posibil !), presiunea din cavitatea purulentă învinge rezistenţa pistonului şi umple siringa. Reperarea colecţiei purulente este suficientă ; nu este bine s-o golim prin puncţie, deoarece există riscul ca după ce aceasta a fost evacuată complet să n-o mai putem repera sau să o facem cu dificultate ; de aceea este mai bine ca timpul următor să fie dirijat de acul de puncţie, care rămâne pe loc.**

C. INCIZIA CUTANATĂ are, iniţial, o lungime mică, de câţiva cm, urmând ca după reperarea corectă a colecţiei purulente, să fie lărgită după necesităţi ; ea este dreaptă sau uşor uşor curbă şi paralelă cu linia ano-cutanată.

D. INCIZIA FLEGMONULUI urmează după incizia cutanată, pe direcţia şi conduşi de acul explorator şi străbate, pas cu pas, toate planurile până la colecţia purulentă. Îndepărtăm acul care şi-a făcut misiunea şi lărgim în mod necesar plaga de evacuare a flegmonului. După evacuarea colecţiei purulente,

E. EXPLORAREA digitală sau instrumentală a cavităţii este absolut obligatorie şi necesară pentru a descoperi toate fuzeele secundare şi a desfiinţa diversele praguri sau obstacole în evacuarea puroiului.

☞ **Avem, deseori, surpriza unor fuzări purulente secundare, la mare distanţă, şi ceea ce bănuiam a fi numai un flegmon ischio-rectal simplu, să fie un flegmon pelvi-subperitoneal, uneori ajuns până în regiunea lombară şi care să necesite**

incizii suplimentare, uneori pe cale înaltă.

F. LAVAJUL LOCAL impune nu numai introducerea şi evacuarea repetată, a unor soluţii diverse (apă oxigenată, cloramină, betadină, septozol, hipermanganat etc.) dar, în măsura în care este posibil, trebuie să realizăm, cu pensa lungă şi tamponul montat, detaşarea diverselor pelotoane purulente aderente de peretele flegmonului ; manevra cere atenţie şi blândeţe, pentru a nu provoca sângerări.

G. PLASAREA TUBURILOR DE DREN este foarte importantă pentru tratamentul local postoperator şi, pe cât posibil, este mai bine să se facă, în raport cu mărimea colecţiei, cu cât mai multe tuburi de dren groase, din plastic mai moale, nu rigide, cu perforaţii multiple, bine ancorate la pielea regiunii anale pentru a evita smulgerea lor accidentală. În unele situaţii suntem nevoiţi ca, pe lângă drenajul cu tuburi de dren, să meşăm cavitatea flegmonului.

X VARIANTE TEHNICE

- Este vorba mai puţin de variante tehnice cât de plasarea diferită a unor incizii, care vizează evacuarea cât mai directă a colecţiei purulente.
- Asocierea sfincterotomiei interne poate fi necesară.
- Uneori devine necesară chiar incizia peretelui rectal sau lărgirea unor traiecte de fistulizare spontană.

☞ **În experienţa noastră cunoaştem observaţia unui obez internat cu stare generală profund afectată, cu reacţie peritonitică şi contractură abdominală, cu evoluţie de câteva luni de zile şi multiple serii de tratamente care au epuizat toată gama de antibiotice cunoscute, cu fistulizare spontană perineală, în care pensa exploratoare introdusă în orificiul de abcedare ne-a condus în spaţiul suprainguinal drept ; incizia la acest nivel ne-a arătat extensia procesului purulent, care decola peritoneul posterior până în regiunea lombară de ambele părţi, ceea ce a impus lombotomia bilaterală, dar şi laparotomia de drenaj. Cazul a reclamat intervenţii multiple, luni de zile de evoluţie foarte dificilă şi s-a soldat cu o incontinenţă sfincteriană parţială şi o fistulă perianală persistentă, de ani de zile, din fericire, cu rare recrudescenţe.**

XI INCIDENTE şi ACCIDENTE INTRAOPERATORII

- Nereperarea colecţiei purulente poate obliga la repetarea manevrelor de abord asupra colecţiei.
- Sângerarea intraoperatorie este relativ rară, spaţiul fiind lipsit de elemente vasculare importante.

XII ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

Îngrijirile generale vizează tratamentul cu antibiotice, după caz, alături de celelalte măsuri de reechilibrare a bolnavului şi de compensare viscerală.

Îngrijirile locale presupun :

- demeşarea, schimbarea pansamentelor de câte ori este necesar, păstrarea permeabilităţii tuburilor de dren, aplicarea lavajelor abundente, cu soluţii diverse pentru detersia suprafeţei de supuraţie dar şi pentru dezinfecţia curentă ;
- menţinerea tuburilor de dren va fi apreciată în raport cu ceea ce acestea aduc la exterior ;
- în anumite situaţii, nu sunt lipsite de interes radiografiile cu substanţă de contrast, pentru a aprecia amploarea şi evoluţia cavităţilor.

XIII COMPLICAŢII POSTOPERATORII

- Complicaţiile generale pot surveni, în raport cu diferitele tare organice şi cu terenul pe care afecţiunea evoluează.
- Tromboflebita postoperatorie poate apare în contextul supuraţiei trenante şi trebuie prevenită sau surprinsă încă de la primele semne de manifestare.
- Complicaţia cea mai neplăcută este retenţia purulentă care poate fi mascată de tratamentul general îndelungat la care bolnavul este supus. Examinarea repetată, corecta interpretare a croşetelor febrile, frisoanelor, degradarea stării generale, oliguria, creşterea ureei sanguine etc., pot fi tot atâtea semnale de alarmă.
- Fistulele stercorale se pot semnala în situaţiile în care comunicarea cu canalul digestiv este importantă iar drenajul incorect sau insuficient.

XIV SECHELE POSTOPERATORII

SECHELELE POSTOPERATORII pot fi reprezentate de :

- Fistula anală persistentă, care poate apare în două circumstanţe :
  - = fie ca urmare a unor abcese sau flegmoane primitive operate, dar în care leziunea determinantă a rămas nerecunoscută şi, deci, nesoluţionată (inflamaţiile relicvatelor HERMANN şi DESFOSSES, criptite, papilite etc.),
  - = fie ca urmare a unor supuraţii dezvoltate pe fistule anale preexistente, situaţie în care operatorul rezolvă colecţia purulentă şi lasă fistula primară nerezolvată.
- Incontinenţa sfincteriană parţială poate apare prin necrozele unor porţiuni de sfincter, prin lezarea nervilor anali sau din cauza unor incizii multiple ori repetate, cu vindecare cicatricială scleroasă. Incontinenţa parţială este supărătoare dar poate fi suplinită prin adaptarea ridicătorilor anali.
- Incontinenţa completă poate surveni şi reprezintă o infirmitate greu de rezolvat.

☞ **Supuraţiile complexe, difuze, uneori cuprinzând zone întinse din perineu, cu multiple fuzee supurative sau fistuloase pot ridica probleme deosebite pentru bolnav şi pentru practician, zona respectivă aflându-se într-un proces continuu de supuraţie, abcedare, sclerozare şi cronicizare. Am întâlnit bolnavi cu supuraţie întinsă la nivelul perineului şi fuzată de o parte şi alta a pliului fesier, cu fistulizare în stropitoare, cu multiple traiecte subcutanate comunicante, ţesuturile din zonă fiind transformate într-un adevărat burete purulent, fără posibilitate de rezolvare.**

- Cicatricile vicioase pot determina, de asemeni, adevărate sechele, întregul perineu şi zonele înconjurătoare fiind transformate într-un ţesut fibros şi inextensibil, ca o carapace.

XV REZULTATE, PROGNOSTIC

- Atât rezultatele cât şi prognosticul depind de amploarea şi tipul supuraţiei ischio-rectale. În general acestea sunt de prognostic bun, în raport cu corectitudinea tratamentului aplicat.
- Recidivele nu sunt rare sau mai degrabă reprezintă recrudescenţa unor procese supurative latente, neglijate de bolnavi.

46

CURA CHIRURGICALĂ A FISTULELOR ANALE

I DEFINIŢIE

CURA CHIRURGICALĂ A FISTULELOR ANALE este intervenţia care realizează suprimarea traiectului fistulos şi asigură condiţiile locale pentru prevenirea recidivei locale.

II ANATOMIE CHIRURGICALĂ

(Vezi 45 - II)

A. Fistulele anale pot fi :

1. **Simple** :
   a. cu un orificiu, fistule oarbe ;
   b. cu două orificii, fistulele care realizează comunicarea între canalul ano-rectal şi exterior.
2. **Fistule anale complexe**, reprezentate de unul sau mai multe traiecte fistuloase care se deschid în canalul ano-rectal.

B. În raport cu sfincterul anal, fistulele pot fi :

1. **Intrasfincteriene subcutaneo-mucoase**, cu orificiul intern la nivelul pectenului.
2. **Fistule ano-rectale intramusculare şi intersfincteriene**, cu orificiul intern sus situat şi cu traiectul fistulos plasat între sfincterul intern şi cel extern.
3. **Fistulele anale transsfincteriene** :
   = jos situate, fistula interesând fasciculele distale ale sfincterelor

şi
= sus situate, traiectul fistulos străbătând fasciculele proximale ale sfincterelor ;

4. **Fistule ano-rectale extrasfincteriene**, traiectul fistulos străbătând ridicătorul anal la nivelul joncţiunii ano-rectale sau mai sus.

III OBIECTIVE şi PRINCIPII

OBIECTIVUL PRINCIPAL al intervenţiei este reprezentat de desfiinţarea comunicării dintre canalul anal şi pielea perineală, în acelaşi timp cu întregul traiect fistulos şi cu ţesuturile înconjurătoare modificate patologic.

Pentru realizarea obiectivului propus este necesară respectarea unor **PRINCIPII** :

- Actul chirurgical trebuie să survină în afara proceselor inflamatorii cu caracter acut, respectiv la 3 - 5 luni după rezolvarea abcesului anal ; în acest moment fistula este perfect constituită şi rezolvarea ei are mai multe şanse de vindecare, evitându-se riscul recidivelor.
- Intervenţia trebuie să aibe în vedere şi să suprime atât traiectul principal cât şi fuzeele secundare, puse în evidenţă prin fistulografie sau cu ajutorul injectării de albastru de metilen sau indigo-carmin ; ignorarea unor traiecte secundare poate reedita abcesul şi fistula anală.
- În marea majoritate a cazurilor, fistulele sunt numai aparent oarbe şi pot avea un traiect simplu, rectiliniu sau, dimpotrivă, sinuos, neregulat, cu multiple ramificaţii care ocupă întreg spaţiul perirectal şi perianal ; lăsarea orificiului intern, anal sau ano-rectal nerezolvat sau ignorat, crează posibilităţi de persistenţă a fistulelor şi de recidivă a abceselor anale.
- Fistulectomia izolată nu este suficientă, ea trebuind să fie însoţită de ridicarea în totalitate a tuturor ţesuturilor înconjurătoare, inflamate, indurate, degenerate sclero-lipomatos etc., numai în acest fel putându-se realiza premisele vindecării de calitate.
- Cum aparatul sfincterian participă în mod direct la procesele patologice în discuţie, acesta trebuie menajat sau, în cazurile în care, dimpotrivă, el trebuie să fie interesat, aceasta trebuie făcută în perfectă cunoştinţă de cauză ; vom face aprecieri asupra continenţei sfincteriene încă înainte de operaţie şi vom efectua secţiunea sfincteriană după principiile bine cunoscute.

IV INDICAŢII şi CONTRAINDICAŢII

INDICAŢIA OPERATORIE a fistulelor este, de principiu, absolută. Orice fistulă perianală trebuie rezolvată întrucât persistenţa ei este susceptibilă, în mod permanent, de recrudescenţă a puseelor supurative, care nu fac altceva decât să realizeze noi fuzee ale supuraţiei, traiecte secundare care vor face vindecarea şi mai dificilă.

CONTRAINDICAŢIILE se referă la fistulele anale de altă origine şi la momentul care se alege pentru intervenţia optimă.

V PREGĂTIRE PREOPERATORIE

Afecţiune considerată simplă, aceasta nu necesită o pregătire particulară, mai ales în cazurile în care ea datează de mai multă vreme.

Pregătirea locală este de mare importanţă şi reclamă o golire corectă a tubului digestiv prin regim, clisme sau purgative, eventual cu un tratament rezolutiv antiinflamator local : băi, pomezi emoliente, supozitoare etc. Rareori este necesară pregătirea cu antibiotice sau o medicaţie de alt gen.

VI ANESTEZIE

O bună anestezie corespunde în cel mai înalt grad unei bune rezolvări, aceasta permiţând o corectă explorare şi punere în evidenţă a tuturor traiectelor posibile.

De la început este exclusă **ANESTEZIA LOCALĂ**, chiar în cazurile aparent simple, întrucât realitatea câmpului operator ne poate pune în faţa unor surprize.

În consecinţă, cea mai frecvent utilizată este **ANESTEZIA DE CONDUCERE**, peridurală sau rahianestezie, comună sau dirijată, modalităţi care întrunesc dezideratele unei anestezii de calitate.

ANESTEZIA GENERALĂ rămâne rezervată unor cazuri particulare.

VII INSTRUMENTAR

COMUN - tava de instrumente pentru intervenţiile mici sau mijlocii.

SPECIAL - sonde canelate, butonate ; siringa pentru injectat substanţa colorantă ; dilatator anal, anuscop, electrocauter etc.

VIII DISPOZITIV OPERATOR

(Vezi 43 - VIII)

IX TEHNICĂ

Cura chirurgicală pentru fistulă perianală subsfincteriană

A. DILATAŢIA ANALĂ corectă şi progresivă, instrumentală sau digitală, precede orice alte gesturi.

B. REPERAREA TRAIECTULUI FISTULOS şi a fuzeelor secundare este de mare importanţă şi se realizează fie simplu, prin introducerea unui instrument metalic adecvat, sondă canelată sau stilet butonat, urmărind traiectul respectiv, până la exteriorizarea în lumenul digestiv, lucru nu întotdeauna realizabil, fie prin injectarea directă a unui colorant oarecare, albastru de metilen 3% sau indigo-carmin, sub presiune, prin orificiul fistulos extern, în timp ce dilatatorul TRÉLAT menţine béantă fanta anală, ceea ce permite exteriorizarea substanţei colorante prin canalul anal : aceasta marchează traiectul fistulos, ceea ce ne va permite urmărirea lui din aproape în aproape, în timpul disecţiei.

C. EXCIZIA TRAIECTULUI FISTULOS este timpul cel mai important al intervenţiei şi impune o desfăşurare logică :

1. Se începe prin crearea unei secţiuni eliptice la nivel cutanat, centrată de orificiul fistulos extern.
2. În continuare, fixând rondela cutanată într-o pensa solidă, se începe disecţia şi extirparea traiectului fistulos, din aproape în aproape, menţinându-ne între grăsimea perifistuloasă degenerată sclero-lipomatos şi grăsimea cu aspect normal.
3. Se ajunge cu disecţia la nivelul sfincterului extern, unde absenţa grăsimii perifistuloase, pune mai precis în evidenţă traiectul fistulos şi permite secţiunea sfincteriană fără sacrificiu important ; în acest moment, este bine să se păstreze canalul anal perfect expus pentru ca, prin tracţiuni pe traiectul fistulos deja disecat, să se pună în evidenţă cripta patologică şi orificiul fistulos intern.
4. Se secţionează cu foarfecele, toată porţiunea de sfincter cuprinsă între traiectul fistulos şi lumenul canalului anal, după care
5. Fistula fixată numai de cripta şi orificiul intern al fistulei, se rezecă odată cu cripta şi o rondelă de mucoasă pericriptică.
6. Intervenţia este terminată lăsând plaga larg deschisă sau apropiind cu mai multe fire de sutură capetele secţionate ale sfincterului ori, după caz, dacă există mai multe traiecte fistuloase secundare, după extirparea acestora, din aproape în aproape, cu atenţie şi migală.

X VARIANTE TEHNICE

- Fistulectomia urmată de sutură per primam realizează, după excizia traiectului fistulos, o sutură a planurilor disecate. Acest mod de a proceda convine mai ales fistulelor simple, cu traiecte unice, liniare. Poate fi urmată de recidive, ceea ce-i limitează foarte mult indicaţiile.
- Fistulectomia cu sfincterotomie poate fi aplicată în fistulele transsfincteriene şi constă în cateterizarea traiectului fistulos cu ajutorul unei sonde butonate sau canelate şi secţionarea tuturor planurilor moi inclusiv a sfincterului, pe sonda păstrată în fistulă. Ţesuturile nu se suturează, se lasă expuse " à plat " şi cicatrizarea va surveni lent, limitând posibilităţile de recidivă.
- Fistulectomia cu coborîrea mucoásei rectale realizează acoperirea defectului rămas, prin coborîrea mucoasei anale şi fixarea ei la marginea cutanată, ca în operaţia WHITEHEAD-VERCESCU. Este o operaţie destul de dificilă şi de indicaţie rară.
- Fistulotomia-sfincterotomia lentă constă în cateterizarea traiectului fistulos cu un material extensibil (cauciuc) care realizează o compresiune şi o secţiune lentă a tuturor planurilor cuprinse de ansa materialului de secţiune, în timp ce cicatrizarea lentă se produce în urma liniei de secţiune. O astfel de secţiune, prin strângerea sau scurtarea periodică a ansei, poate dura mai multe săptămâni dar poate fi urrmată de bune rezultate
- Siringotomia cu ansă diatermică (SIMONETTI) realizează aceeaşi secţiune cu ajutorul unei anse metalice introduse pe traiectul fistulos, ansă care va deveni (prin cuplarea la un aparat electric), elementul de secţionare a planurilor. Acestea rămân apropiate, induc o cicatrizare rapidă fără tulburări de continenţă anală.
- Alte variante sunt legate de modalităţile de soluţionare a fistulelor în " potcoavă " sau cu traiecte multiple care reclamă rezolvarea într-un timp sau în mai mulţi, unilateral sau bilateral.

XI INCIDENTE şi ACCIDENTE INTRAOPERATORII

Intervenţia poate fi grevată de unele incidente :

- Dificultăţi în reperarea orificiilor sau traiectelor fistuloase şi, mai ales, a orificiului intern. În astfel de situaţii vom încerca să

expunem cât mai bine lumenul canalului anal şi să uzăm de substanţele colorante ori chiar de jeturi de ser fiziologic care ne pot pune în evidenţă orificiul intern.

- În alte situaţii vom secţiona planurile din aproape în aproape, parcurgând, centimetru după centimetru, traiectul fistulos până la excizia lui în întregime. Trebuie să fim foarte atenţi pentru a nu transforma o fistulă oarbă într-una bipolară cu orice preţ.
- Sângerarea poate surveni mai ales dacă fistulele sunt înalte şi reclamă secţionarea peretelui rectal pe o lungime mai mare. Tamponamentul sau chiar hemostaza ţintită şi aplicarea unor fire în "X" pot fi necesare.
- Secţiunea bilaterală a sfincterului sau numai secţiunea lui unilaterală dar ignorând o secţiune dintr-o intervenţie anterioară poate fi urmată de incontinenţă anală severă ; din acest punct de vedere, secţiunea bilaterală a sfincterului în două zone, nu poate fi efectuată decât în şedinţe despărţite de un interval suficient de timp care să permită cicatrizarea primei secţiuni sfincteriene.

XII ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

- În perioada postoperatorie bolnavul va fi urmărit continuu şi se va păstra constipat un număr oarecare de zile. Meşele de hemostază vor fi suprimate în primele 2 - 3 zile, după care vom începe lavajele antiseptice, cu aplicarea de pansamente simple. Odată cu restabilirea tranzitului digestiv, băile locale simple, cu ceai de muşeţel sau cu hipermanganat de K, vor asigura antisepsia locală şi cicatrizarea în bune condiţii.
- Nu se recomandă desfacerea zonelor de acolare şi menţinerea plăgilor în stare de permanentă expunere, în vederea unei cicatrizări zise din profunzime, aceasta fiind necesară şi însoţind procesul de vindecare ; orice acolare este un punct câştigat şi trebuie menajat şi dirijat către adevărata cicatrizare.

XIII COMPLICAŢII POSTOPERATORII

COMPLICAŢIILE POSTOPERATORII sunt relativ rare :

- Apariţia unei supuraţii difuze şi masive poate avea semnificaţia unei incorecte rezolvări a unor traiecte fistuloase care se transformă în abcese sau flegmoane postoperatorii care ne aduc în situaţia supuraţiilor iniţiale.

- Incontinenţa sfincteriană precoce pentru gaze, mai rar pentru fecale, poate fi prezentă în multe cazuri dar ea are, sau trebuie să aibe, numai un caracter tranzitoriu, explicabilă prin edemul local şi prin iritaţia produsă de intervenţie, care cedează după mai multe zile.
- Tromboflebita hemoroidală postoperatorie trădează prezenţa unor hemoroizi care nu au fost trataţi odată cu leziunea fistuloasă.

XIV SECHELE POSTOPERATORII

- Recidiva fistuloasă poate reprezenta o sechelă a intervenţiei şi poate fi explicată printr-o nerealizare tehnică sau prin folosirea unui procedeu inadecvat. Trebuie arătat că intervenţiile pentru fistulele recidivate au mai puţine şanse de vindecare şi mai multe de recidivă în continuare, din cauza multiplelor aspecte care intervin în soluţionarea unor astfel de cazuri.
- Cicatricile vicioase pot ridica probleme dificile sau chiar să inducă o incontinenţă sfincteriană.
- Cicatrizarea necontrolată prin neacolarea ţesuturilor de acelaşi fel, decalarea unor planuri, cicatricile dure, cheloide, inextensibile, pot determina tulburări în dinamica sfincteriană.
- Incontinenţa sfincteriană anală este sechela cea mai gravă, care transformă bolnavul într-un infirm. Ea apare în cazurile complexe, cu multiple intervenţii în regiune sau în cazurile în care sfincterul anal a fost secţionat intempestiv, în mai multe sectoare, ceea ce face ca orificiul anal să rămână béant. De aceea este absolut necesar ca înainte de intervenţie să se aprecieze foarte corect continenţa sfincteriană, socotind că o incontinenţă parţială sau chiar o fistulă remanentă, cu debit redus, sunt mai uşor de suportat decât o incontinenţă completă şi definitivă.

XV REZULTATE, PROGNOSTIC

- Rezultatele şi prognosticul trebuie privite în contextul a doi parametri :
  = vindecarea fistulei şi
  = asigurarea continenţei .
- În general rezultatele pot fi satisfăcătoare, cu condiţia ca intervenţia să decurgă conform principiilor şi datelor de mai sus.
- De reţinut că fiecare intervenţie în plus, în zona anală, creşte riscul unei afectări sfincteriene.

47

AMPUTAŢIA DE COAPSĂ

I DEFINIŢIE

AMPUTAŢIA DE COAPSĂ este intervenţia prin care se realizează îndepărtarea membrului inferior de la nivelul unui segment al coapsei.

II ANATOMIE CHIRURGICALĂ

A. COAPSA, segmentul proximal sau regiunea femurală a membrului inferior,

1. Este cuprinsă între planuri care trec prin :
   a. pliul inguinal,
   b. pliul fesier şi
   c. un plan care trece la două laturi de deget deasupra rotulei.
2. Este alcătuită din :
   * axul osos,
   * musculatură,
   * elemente vasculo-nervoase,
   * învelişul aponevrotic şi
   * învelişul cutaneo-subcutanat.

a. **axul osos** este reprezentat de FEMUR, cel mai lung şi mai solid os al corpului omenesc, de forma unui cilindru cu două extremităţi modelate ;

= extremitatea superioară prezintă :

– segmentul pentru articulaţia cu osul coxal, prin intermediul capului şi gâtului femural şi

– cele două trohantere, mare şi mic ;

= extremitatea inferioară este evazată, sub forma celor doi condili femurali ;

= artera nutritivă abordează osul în porţiunea mijlocie a acestuia, la nivelul " liniei aspre ".

b. **musculatura**, puternică şi bine reprezentată pe toată înălţimea coapsei, este dispusă în două planuri :

= planul anterior, format din :

– grupul superficial :

* tensorul fasciei lata, muscular numai în treimea superioară şi tendinos în restul porţiunii laterale a coapsei ;
* muşchiul croitor care străbate oblic, de sus în jos şi dinăuntru în afară, întreaga înălţime a coapsei ;

– grupul profund reprezentat de :

* extensori :
  - » cvadricepsul crural, alcătuit din :
    - ✠ dreptul anterior al coapsei,
    - ✠ vast intern,
    - ✠ vast extern şi
    - ✠ vastul intermediar, şi
  - » psoasul iliac, în treimea superioară.
* aductori :
  - » pectineu, numai în treimea superioară,
  - » mijlociul aductor,
  - » drept intern,
  - » micul aductor şi
  - » marele aductor.

= planul posterior :

– semitendinos şi

– semimembranos, înăuntru, şi

– bicepsul crural, în afară ; în treimea superioară şi medie, aceşti muşchi sunt apropiaţi, pe când la nivelul treimii inferioare se îndepărtează : semitendinos şi semimembranos înăuntru, bicepsul în afară.

c. **elementele vasculo-nervoase** :

= artera şi vena femurală se află conţinute în canalul femuro-popliteu, al adductorilor sau canalul lui HUNTER, în treimea medie a coapsei, măsurând 5 - 6 cm în lungime şi

menajat de :
- mijlociul adductor (în afară),
- vastul intern (înăuntru),
- acoperit de peretele posterior al tecii muşchiului croitor ;
- în interiorul canalului, vena femurală se află posterior faţă de arteră şi anterior faţă de nervul safen.

= vena safenă internă, superficială, îşi urmează drumul pe faţa internă a coapsei ;

= formaţiunile nervoase sunt dependente de vase şi numai marele sciatic are un traiect bine determinat :
- în porţiunea superioară este situat în afara lungii porţiuni a bicepsului ;
- după ce iese de sub muşchiul fesier, se află situat sub fascia lata, apoi trece înaintea lungii porţiuni a bicepsului ;
- mai departe se află între semitendinos-semimembranos şi biceps ;
- la nivelul porţiunii superioare a fosetei poplitee se împarte în cele două ramuri ale sale.

d. **învelişul aponevrotic** al coapsei este reprezentat de fascia proprie a coapsei sau fascia lata, inserată pe proeminenţele osoase şi care înconjură întreaga musculatură a coapsei, trimiţând mai multe prelungiri :

= în porţiunea proximală, fascia este mai densă şi se contopeşte cu arcada crurală,

= în jos se continuă cu fascia gambei ;

= între muşchii flexori şi extensori trimite septul intermuscular extern inserat pe buza externă a liniei aspre,

= septul muscular intern, inserat pe buza internă a liniei aspre, separă muşchii extensori de adductori iar

= septul intermuscular posterior separă adductorii de flexori.

e. **învelişul cutanat** este fin, acoperit cu peri rari ; dezvoltarea inegală a ţesutului celular subcutanat, conferă caractere particulare fiecărui individ şi celor două sexe.

III OBIECTIVE şi PRINCIPII

OBIECTIVUL PRINCIPAL al intervenţiei este dublu :

1. Îndepărtarea porţiunii de membru lipsită de vitalitate, nefuncţională sau a cărei păstrare pune în pericol viaţa bolnavului, elemente care impun secţiunea proximală în ţesuturi sănătoase, şi

2. Realizarea unui bont restant viabil, funcţional şi susceptibil de a permite o protezare ulterioară în bune condiţii.

Dacă primul obiectiv este dictat de leziunile prezente, pentru realizarea celui de al doilea obiectiv, chirurgul trebuie să aibe în vedere respectarea uneor **PRINCIPII**:

- Amputaţia trebuie să se realizeze la un nivel convenabil sau ideal, respectiv treimea medie sau inferioară :
  - = treimea superioară nu este avantajoasă, apropiindu-se ca realitate protetică de dezarticulaţia coxo-femurală ;
  - = în unele ţări este obligatorie (!) păstrarea unui bont de coapsă de 25 - 30 cm dar se admite că un bont de cel puţin 15 cm este absolut necesar.
- Planurile moi secţionate, având un procent diferit de retracţie în timp, obligă chirurgul la o atenţie specială : pielea se retractă cel mai mult, ca şi musculatura posterioară care nu are inserţii la nivelul femurului.
- Cel mai bine este ca secţiunea planurilor să se facă în aşa fel încât lipsa de substanţă să aibe forma unui con cu vârful la nivelul elementului osos.
- Se poate realiza, pentru moment, o amputaţie de necesitate, care să nu ţină cont de problemele bontului ; acesta va fi modelat ulterior, în funcţie de o anumită evoluţie a bontului primar.
- Bontul de coapsă trebuie să fie :
  - = sănătos, cu ţesuturi viabile şi necicatriciale,
  - = solid, cu părţi moi suficiente, care să acopere generos suportul osos şi să permită aplicarea unei proteze funcţionale ;
  - = bontul trebuie să aibe forma cilindrică sau cilindro-conică, mai uşor de protezat ; în nici un caz nu este avantajoasă forma neregulată, evazată, cu aspect de " colţuri de pernă ", forme care nu permit o protezare corectă şi vor reclama retuşuri ulterioare ;
  - = bontul trebuie să fie nedureros, ceea ce presupune o secţiune suficient de înaltă a sciaticului şi o vindecare fără incidente ;
  - = cicatricea de bont trebuie să fie simplă, suplă, neaderentă la planurile profunde şi nedureroasă ; se admite că cicatricile laterale sunt mai bune şi nu cele terminale, dar nu întotdeauna acestea sunt şi realizabile.

IV INDICAŢII şi CONTRAINDICAŢII

INDICAŢIILE amputaţiilor sunt variate şi pot fi primare, secundare sau tardive, reprezentate de :

1. Leziuni traumatice grave, cu interesare importantă a tuturor elementelor coapsei sau a unora dintre ele, fără şansă de recuperare.
2. Tulburări vasculare severe, cu compromiterea membrului sau a segmentului de membru : gangrenă prin arterită, diabet, tromboze sau embolii, infecţii anaerobe etc.
3. Supuraţii masive ale osului şi părţilor moi, cu risc vital şi fără răspuns la tratamentul corect aplicat.
4. Tumori maligne cu localizări care se pretează la amputaţii şi
5. Diformităţi congenitale sau câştigate, însoţite de tulburări trofice sau de locomoţie, nerezolvabile prin alte procedee.

CONTRAINDICAŢIILE sunt destul de reduse numeric şi se referă la

1. Starea de şoc, o contraindicaţie numai temporară, atât timp cât se realizează tratamentul de deşocare ; în unele situaţii însăşi amputaţia poate reprezenta o componentă a tratamentului patogenetic al şocului.
2. Cazurile depăşite, în care nici amputaţia nu mai poate salva bolnavul, riscul vital fiind determinat de alte componente traumatice.

V PREGĂTIRE PREOPERATORIE

- Absolut necesară în cazurile în care starea de şoc traumatic însoţeşte leziunile membrului respectiv, **PREGĂTIREA PREOPERATORIE** poate reclama, după caz, o hemostază provizorie (de evitat garoul în favoarea unei ligaturi) sau imobilizarea focarelor de fractură etc., măsuri care fac parte din acţiunea de deşocare.
- Asigurarea funcţiilor vitale, redresarea volemică, tratamentul altor leziuni grave, sunt necesare mai ales în cadrul leziunilor traumatice complexe.
- Tratamentul corespunzător al afecţiunilor care au dus la complicaţia care necesită amputaţia : leziuni cardiace, vasculare, diabet, supuraţii etc., nu trebuie neglijat.
- Dacă pentru leziunile traumatice, momentul operator este dictat de leziunile prezente, în situaţiile cu caracter cronic, acesta trebuie bine ales şi pregătit cu minuţie.

VI ANESTEZIE

Cel mai frecvent tip de anestezie utilizată este **ANESTEZIA DE CONDUCERE,** respectiv rahianestezia comună sau dirijată ori peridurala simplă sau continuă, modalităţi anestezice caracterizate de simplitate, expeditivitate, toleranţă, lipsă de şoc, calitate, cost redus etc.

ANESTEZIA GENERALĂ este mai rar folosită dar ea devine obligatorie în cazul unor politraumatisme în care există şi alte leziuni de rezolvat.

Pentru cazuri cu totul speciale, la bolnavii aflaţi într-o stare deosebit de precară, nici **ANESTEZIA LOCALĂ** sau **LOCO-REGIONALĂ** nu poate fi desconsiderată.

VII INSTRUMENTAR

COMUN - tava de instrumente pentru intervenţii mijlocii.

SPECIAL - cuţit de amputaţii, răzuşe, fierăstrău GIGLI sau comun, pense ciupitoare de os, daltă, cleşti de os, depărtătoare FARABEUF, depărtător PERCY pentru părţi moi, electrocauter etc.

VIII DISPOZITIV OPERATOR

BOLNAVUL - în decubit dorsal comun, cu membrele inferioare uşor depărtate, cu membrele superioare în abducţie, pe suporţi, pentru perfuzii şi tensiometru.

ECHIPA OPERATORIE :

1. Operatorul - de aceeaşi parte cu leziunea.
2. Ajutoarele - în faţa chirurgului.

IX TEHNICĂ

Amputaţie a membrului inferior din treimea medie a coapsei, procedeul cu lambouri terminale, inegale.

A. INCIZIA - în " bot de raţă " se realizează cu punctul distal la distanţă de un diametru de coapsă faţă de nivelul secţiunii osoase ; lamboul posterior este cu 2 - 3 cm mai lung ; comisurile inciziei se află lateral, pe faţa internă şi, respectiv, externă a coapsei ; nivelul secţiunii osoase marchează unirea treimii distale cu treimea medie, definind nivelul amputaţiei însăşi ; ligatura venei safene interne.

B. SECŢIUNEA PLANULUI MUSCULAR ANTERIOR se face oblic scurt către nivelul viitoarei secţiunii ososase ; hemostază cu pense şi

ligaturi.

C. DESCOPERIREA PACHETULUI VASCULO-NERVOS femural se face pe o distanţă convenabilă după care se secţionează şi se ligaturează element cu element, la 3 - 5 cm deasupra nivelului secţiunii cutanate.

D. SECŢIUNEA PLANULUI MUSCULAR POSTERIOR se realizează tot oblic, dinspre planul secţiunii osoase.

E. DISECŢIA, IZOLAREA ŞI SECŢIUNEA VASELOR FEMURALE PROFUNDE şi a **NERVULUI SCIATIC,** după infiltrarea cu xilină, se face la un nivel convenabil, cât mai înalt, pentru a nu fi prins în viitoarea cicatrice.

F. SECŢIUNEA OSULUI se realizează cu fierăstrăul obişnuit sau cu GIGLI, la un diametru de coapsă deasupra liniei de secţiune a părţilor moi protejate de PERCY ; vom avea grije ca " rumeguşul de os " rezultat să fie îndepărtat cu ser fiziologic, pentru a nu amorsa supuraţia ulterioară prin corp străin.

G. PERFECTAREA HEMOSTAZEI şi SUTURA PLANURILOR MUSCULARE grup la grup, anterior cu posterior, cu ajutorul unor fire de catgur gros, simple sau " în X ", urmează o linie transversală, acoperind în mod corespunzător bontul osos.

H. SUTURA APONEVROZEI CRURALE, cu sau fără drenaj, şi

I. SUTURA PIELII, încheie intervenţia chirurgicală.

X VARIANTE TEHNICE

A. Variante privind nivelul amputaţiei.

B. Variante referitoare la realizarea bonturilor :

1. Incizia circulară MARCELLIN DUVAL este ceva mai coborîtă posterior.

2. Inciziile circulare cu fantă laterală înaltă sau joasă etc.

C. VARIANTA TENOPLASTICĂ CALLANDER plasează capătul femurului detaşat în golul rămas în tendonul cvadricipital secţionat, după îndepărterea rotulei.

D. AMPUTAŢIA PRIN PROCEDEUL LENT HUARD - MONTAGNE foloseşte anestezia loco-regională, prin infiltrarea, plan cu plan, pe măsura secţiunii acestora ; este o tehnică convenabilă cazurilor cu risc crescut.

E. AMPUTAŢIILE CU BONT DESCHIS convin cazurilor cu supuraţii la nivelul tecilor musculare sau necrozelor întinse şi neglijate.

XI INCIDENTE şi ACCIDENTE INTRAOPERATORII

- Hemoragia intraoperatorie poate surveni din trunchiurile vasculare neasigurate sau din musculatura secţionată ; reclamă hemostază directă pe musculatură sau pe vase.
- Secţiunea incorectă a planurilor, cu insuficienţa pielii, reclamă recupe musculare sau chiar osoase, întrucât planurile secţionate necorespunzător pot realiza tensiuni şi vor duce la necroze şi la dezvelirea bontului osos.

XII ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

ÎNGRIJIRILE POSTOPERATORII sunt comune intervenţiilor mijlocii, fără impact asupra organelor vitale, în raport cu starea bolnavului.

Îngrijirile locale implică :

aşezarea bontului pe o pernă, în poziţie proclivă,

- controlul evoluţiei locale : pansamente, mobilizarea tuburilor, îndepărtarea unor fire în caz de apariţie a fenomenelor inflamatorii etc. ;
- mobilizarea bontului şi gimnastica activă trebuie începută cât mai precoce.

XIII COMPLICAŢII POSTOPERATORII

- Hematomul local, mai mult sau mai puţin voluminos, reclamă deschiderea bontului şi numai rareori replasarea unor ligaturi vasculare.
- Supuraţia bontului apare mai ales în cazurile cu circulaţie precară.
- Necroza părţilor moi cu gangrenă are ca substrat aceeaşi vascularizaţie insuficientă.
- Tromboza extensivă poate surveni, cu acelaşi efect de gangrenă, şi poate impune reamputaţia la alt nivel sau, eventual, lăsarea bontului fără sutură.

XIV SECHELE POSTOPERATORII

SECHELELE POSTOPERATORII nu sunt rare şi se pot consemna :

- Bontul dureros, de diferite grade (hiperestezie simplă, simpatalgie,

marea cauzalgie etc.), trădează tulburările vasomotorii locale, cu decalcifiere osoasă sau ischemie de fond ; în unele situaţii poate fi vorba de procedee necorespunzătoare de amputaţie sau de nevroame de compresiune care reclamă recupa bontului sciatic.

- Cicatricile cheloide, clavusul local sau bursitele survin mai ales după aplicarea protezelor necorespunzătoare şi implică măsuri medicale sau chirurgicale adecvate.
- Dermatozele sau piodermitele de contact, la locul de sprijin al protezelor, presupun repaus şi tratamente locale diverse.
- Atrofia musculară devine supărătoare întrucât nu permite aplicarea unei proteze funcţionale.
- Bonturile vicioase, urîte, diforme, reprezintă modalitatea de vindecare după supuraţii locale, fistule etc.
- Osteitele şi osteomielita reclamă reintervenţii corectoare.
- " Membrul fantomă " are - foarte probabil - un substrat anatomic dar el se estompează cu trecerea timpului, deşi s-au citat persistenţe pentru foarte mulţi ani.
- Cefaleea amputaţilor, epilepsia bontului, ca şi diferitele stări de nevroză sau tulburări psihice pot apare la unii bolnavi cu predispoziţii particulare.

XV REZULTATE, PROGNOSTIC

- Rezultatele amputaţiilor sunt bune, cu condiţia respectării regulilor chirurgicale şi în raport cu afecţiunea care le-a comandat. Fără îndoială că într-o amputaţie traumatică, survenind pe ţesuturi neafectate anterior, prognosticul este net favorabil, în raport cu o arterită cu troficitate precară.
- Prognosticul este favorabil şi, graţie posibilităţilor actuale de protezare şi de reeducare funcţională, atributul de invaliditate evidentă este atenuat în cea mai mare parte.

48

AMPUTAŢIA GAMBEI

I DEFINIŢIE

AMPUTAŢIA GAMBEI este intervenţia chirurgicală prin care se realizează îndepărtarea membrului inferior, de la nivelul unui segment al gambei.

II ANATOMIE CHIRURGICALĂ

A. GAMBA, segmentul mijlociu al membrului inferior, cuprins între coapsă şi picior

1. Este delimitată de două planuri care trec prin :
   a. tuberoziteta anterioară a tibiei şi
   b. baza celor două maleole.
2. Este alcătuită din :
   a. scheletul osos,
   b. fascia proprie şi musculatura,
   c. elementele vasculo-nervoase şi
   d. învelişul cutanat.

   a. **Scheletul osos** este reprezentat de două oase inegale ca volum şi rezistenţă :

   = **TIBIA**, os solid,
   - are o formă de paralelipiped tringhiular, cu trei feţe (internă - superficială, externă şi posterioară) şi trei margini (anterioară, postero-internă şi postero-externă),
   - este voluminoasă în treimea superioară, se subţiază în partea mijlocie, pentru a se recalibra în treimea distală, şi
   - prezintă două extremităţi :

* extremitatea superioară, care se lăţeşte şi se deplasează posterior pentru a realiza, împreună cu condilii femurali, articulaţia genunchiului, prin cei doi condili tibiali separaţi de tuberozitatea tibială ;
* extremitatea inferioară este reprofilată într-un patrulater cu concavitate posterioară şi realizează maleola internă, element de importanţă esenţială pentru articulaţia piciorului.

= **PERONEUL**, os lung, aproape rectiliniu, subţire, are şi el un corp de secţiune triunghiulară şi două extremităţi mai voluminoase, cea superioară articulându-se cu condilul lateral al tibiei, cea inferioară etalându-se într-o maleolă (externă) asemănătoare cu cea tibială, şi care participă la desăvârşirea articulaţiei tibio-peroniere-astragaliene.

Cele două oase sunt articulate proximal şi distal, şi solidarizate prin intermediul unei membrane interosoase.

b. **Fascia gambieră** realizează un complex de loji în care se află situate grupele musculare ale gambei. Astfel :

= fascia superficială acoperă întreaga musculatură a gambei, fiind aderentă atât de planurile musculare cât şi de hipoderm ;

= fascia profundă continuă fascia lata de la nivelul coapsei şi genunchiului şi trimite două prelungiri : septul intermuscular anterior şi septul intermuscular posterior, care trec înaintea şi, respectiv, îndărătul muşchilor peronieri ; din această dipoziţie rezultă două loji antero-laterale şi una posterioară :

– loja anterioară, a extensorilor, cuprinde :
  * tibialul anterior,
  * extensorul comun al degetelor şi
  * extensorul lung al degetului mare (în treimea inferioară) ;

– loja externă conţine muşchii :
  * lung şi
  * scurt peronier.

– loja posterioară se află îndărătul planului osos, loja muşchilor flexori, dispuşi pe două planuri :
  * superficial, care realizează moletul :
    » gemenii,
    » plantarul subţire şi
    » solearul, cel mai profund ; cei trei muşchi vor realiza TENDONUL LUI ACHILE ;

* planul profund (situat între membrana interosoasă, foiţa posterioară a fasciei gambiere şi cele două oase), cuprinde :
  » flexorul comun al degetelor,
  » flexorul lung al degetului mare (cel mai voluminos) şi
  » muşchiul tibial posterior.

c.. **Elementele vasculo-nervoase** sunt reprezentate de :

= **artera tibială anterioară**, ram al popliteei, pătrunde în loja anterioară prin orificiul superior al membranei interosoase şi parcurge pe această membrană, toată înălţimea gambei ;

= **artera tibială posterioară**, tot din poplitee, trece prin canalul popliteo-gambier până la ligamentul inelar intern, unde se divide în plantare : internă şi externă ;

= **venele tibiale anterioare şi posterioare** însoţesc arterele cu acelaşi nume, realizând un plex în jurul lor ;

= **vena safenă internă** (superficială) şi **vena safenă externă** (situată într-o dedublare aponevrotică) străbat fascia gambieră, în treimea superioară, pentru a se vărsa în vena poplitee ;

= **nervii peronieri** : comun, superficial şi profund, ca şi **gambierii cutanaţi** intern şi extern, nu au o importanţă particulară pentru subiectul nostru.

III OBIECTIVE şi PRINCIPII

OBIECTIVUL PRINCIPAL al intervenţiei este dublu :

1. Îndepărtarea porţiunii de membru lipsită de vitalitate, nefuncţională sau a cărei păstrare pune în pericol viaţa bolnavului, elemente care impun secţiunea proximală în ţesuturi sănătoase.

2. Realizarea unui bont viabil, funcţional, nedureros şi solid, apt pentru o protezare ulterioară.

Dacă primul obiectiv este impus de leziunile înşile, pentru realizarea celui de al doilea, chirurgul trebuie să aibe în vedere respectarea unor **PRINCIPII** :

◆ Amputaţia trebuie să se realizeze la un nivel convenabil sau ideal ; acesta este reprezentat de :

= treimea medie, care dispune de musculatură aptă pentru a acoperi suportul osos, de dimensiuni favorabile ;

= treimea superioară, respectiv nivelul de 5 degete sub genunchi nu mai poate fi acceptată astăzi ca loc de elecţie ;

= cu atât mai puţin treimea inferioară, lipsită de musculatură adecvată, nu poate constitui un nivel ideal de amputaţie.

- Chiar la nivelul treimii medii, loja anterioară, lipsită de musculatură, obligă la unele artificii pentru acoperirea bontului osos, folo-sind material muscular posterior.
- Planurile moi care se secţionează, au un procent de retracţie diferit, fapt de care trebuie ţinut cont.
- Aici nu mai este posibilă realizarea unui con de lipsă de substanţă, ca la coapsă, secţiunea planurilor trebuind să fie făcută în avantajul planului posterior.
- Secţiunea osoasă trebuie făcută cu un diametru de gambă mai proximal decât secţiunea cutanată, iar secţiunea peroneului trebuie făcută decalat faţă de tibie, lăsându-se mai scurt.
- Bontul de gambă ridică probleme mai complexe pentru protezare, întrucât prezenţa genunchiului mobil trebuie luată în considerare.
- Bontul de gambă trebuie să fie :
  = sănătos, cu ţesuturi viabile şi, pe cât posibil, necicatriciale,
  = solid, cu părţi moi suficiente, care să acopere generos suportul osos şi să permită aplicarea unei proteze funcţionale ;
  = trebuie să aibe o formă cilindrică sau cilindro-conică, mai uşor de protezat, în nici un caz, forma neregulată, în măciucă sau în " colţuri de pernă ", evazat etc.
  = bontul trebuie să fie nedureros, ceea ce presupune vindecarea fără incidente sau complicaţii deosebite ;
  = cicatricea trebuie să fie simplă, suplă, neaderentă la planurile profunde şi nedureroasă ; se admite că nu cicatricile terminale sunt cele mai bune şi aici, în cazul gambei, cicatricea laterală poate fi realizată.

IV INDICAŢII şi CONTRAINDICAŢII

(Vezi 47 - IV)

V PREGĂTIRE PREOPERATORIE

(Vezi 47 - V)

VI ANESTEZIE

(Vezi 47 - VI)

VII INSTRUMENTAR

(Vezi 47 - VII)

VIII DISPOZITIV OPERATOR

(Vezi 47 - VIII)

IX TEHNICĂ

Amputaţia gambei în treimea medie, cu lambouri terminale inegale

A. INCIZIA :

1. Se trasează cele două lambouri ale inciziei, fiecare în formă de "U ", cu deschidere cranială, cu comisurile laterale, situate la egală distanţă între planul anterior şi cel posterior ; lamboul posterior coboară atât cât este considerat necesar, în timp ce lamboul anterior este mai scurt, pornind de la nivelul treimii medii a gambei ; secţiunea pielii şi ţesutului celular subcutanat urmează curbele trasate.
2. Se secţionează aponevroza gambieră superficială, apoi aponevroza profundă, pentru a da acces la musculatura posterioară a gambei (triceps sural şi muşchii profunzi).

B. SECŢIUNEA MUSCULATURII POSTERIOARE se face oblic, până la punctul viitoarei secţiuni osoase şi a membranei interosoase.

C. ELIBERAREA GRUPULUI MUSCULAR EXTENSOR se realizează după ce aponevroza a fost secţionată în afara crestei tibiale.

D. REZOLVAREA PLANULUI OSOS se face după secţiunea circulară a periostului, cu fierăstrăul obişnuit sau cu GIGLI, având grije ca peroneul să fie secţionat mai scurt iar creasta tibiei modelată.

E. LIGATURA VASELOR tibiale şi a celor musculare este urmată de

F. ACOPERIREA BONTURILOR OSOASE cu ajutorul musculaturii posterioare, cu fire de catgut gros, trecute în " U " sau " X ".

G. SUTURA APONEVROZEI GAMBIERE şi a **PIELII**, cu sau fără drenaj, încheie intervenţia chirurgicală.

X VARIANTE TEHNICE

A. AMPUTAŢIA MARCELLIN-DUVAL foloseşte o incizie oblic-eliptică, mai aproape de treimea inferioară, mai coborîtă posterior ; este utilizată, mai ales, în gangrenele diverse ; lasă, e adevărat, un bont mai lung dar mai delicat de acoperit.

B. AMPUTAŢIA CU LAMBOU EXTERN utilizează tot două lambouri dar unul este intern, mai scurt, şi unul extern., mai lung.

C. AMPUTAŢIA OSTEOPLASTICĂ realizează obstrucţia canalului tibial cu alt element osos, realizând un bont terminal de sprijin.

D. PROCEDEUL LENT al lui HUARD şi MONTAGNE **(Vezi 47 - X)**

E. AMPUTAŢIILE CU BONT DESCHIS pot fi realizate în cazurile de risc septic major.

XI INCIDENTE şi ACCIDENTE INTRAOPERATORII

(Vezi 47 - XI)

XII ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

(Vezi 47 - XII)

XIII COMPLICAŢII POSTOPERATORII

(Vezi 47 - XIII)

XIV SECHELE POSTOPERATORII

(Vezi 47 - XIV)

XV REZULTATE, PROGNOSTIC

(Vezi 47 - XV)

ADDENDUM

PREZENTARE DE CAZ CLINIC

(schemă)

I. *AM AVUT DE EXAMINAT*

1. Bolnavul (bolnava) X,Y, _____
   - * în vârstă de _____
   - * de profesie _____
   - * din _____
     - ☞ **localitatea sau mediul (urban sau rural),**
2. care s-a internat în serviciul nostru
   - * la data de _____
   - * în urmă cu _____
     - ☞ **ore, zile, săptămâni,**
3. în condiţii de :
   - * urgenţă (direct),
   - * din ambulator,
   - * prin transfer din _____
     - ☞ **secţia, clinica, spitalul etc.**
4. pentru : _____
   - ☞ **motivele internării, în ordinea semnificaţiei**
     - ✠ vitale,
     - ✠ diagnostice,
     - ✠ terapeutice,
     - ✠ prognostice,
     - ✠ de evaluare a capacităţii de muncă etc.

II. *DIN ANTECEDENTELE BOLNAVULUI*

1. Heredo-colaterale şi _____
2. Personale :
   - = fiziologice : _____
     - ☞ **menarha, ciclul menstrual, sarcini, avorturi, menopauză etc.**
   - = patologice :
     - * infecto-contagioase rugeolă, rubeolă, poliomielită,

hepatită epidemică, SIDA etc. ; purtător de Ag, HIV etc.
* parazitare _____
* medicale, _____
* boli profesionale _____
* chirurgicale :
  » comune _____
  » speciale _____
    ☞ **trepanaţii, proteză cardiacă, pacemacker, by-pass, proteze vasculare etc.**
* tratamente cronice : _____
    ☞ **antidiabetice, antianemice, cortizon, cardiotonice, tuberculostatice etc.**
* consumator de droguri (alcool, cafea, stupefiante, altele) :
  » cronic _____
  » ocazional _____
* intoleranţe medicamentoase, alergii etc. _____

reţinem (nu reţinem decât) _____
  ☞ **elementele care pot avea semnificaţie pentru afecţiunea actuală**

III. DIN ISTORICUL AFECŢIUNII AFLĂM CĂ SUFERINŢA ACTUALĂ

1. Datează de _____
2. Când a debutat
   * brusc,
   * insidios,
     » în plină sănătate aparentă sau
     » ca urmare a _____
       ☞ **unui accident, agresiuni, abuz alimentar, efort etc.,**
3. Prin apariţia _____
   ☞ **semnele de debut ale afecţiunii ;**
4. În perioada următoare, semnele iniţiale au evoluat către :
   * estompare,
   * dispariţie, _____
     ☞ **spontan sau sub influenţa tratamentului (ce fel ?)**
   * agravare,
   * apariţia unor noi simptome sau semne _____
     ☞ **care anume şi în ce măsură au contribuit la**

întregirea simptomatologiei etc.

5. Consultul medical,
   - * iniţial _____
   - * ulterior _____
     - ☞ **nivel, diagnostic ;**
   - * internări _____
     - ☞ **în ce servicii**
   - * diagnostice stabilite _____
   - * tratamente urmate _____
   - * rezultate etc. _____

IV. ***EXAMENUL OBIECTIV PE APARATE ŞI SISTEME NE ARATĂ :***

☞ **Prezentarea datelor normale şi patologice se epuizează în două capitole :**

A. EXAMENUL LOCAL şi

B. EXAMENUL GENERAL, PE APARATE ŞI SISTEME

A. EXAMENUL LOCAL devine obligatoriu pentru toate specialităţile şi afecţiunile chirurgicale, reprezintă unul dintre elementele esenţiale ale prezentării, şi poate fi plasat

La începutul examenului obiectiv (de preferat) sau

În finalul acestui examen,

◆ în raport cu obişnuinţele candidatului.

B. EXAMENUL GENERAL poate evolua, conform semiologiei uzuale :

1. Aparat cu aparat, în ordinea cunoscută :
   - * stare generală,
   - * tegumente şi mucoase,
   - * musculo-adipos,
   - * ganglio-limfatic,
   - * osteo-articular,
   - * respirator,
   - * cardio-vascular,
   - * digestiv,
   - * uro-genital,
   - * sistem nervos,

* sistem endocrin,
* stare psihică etc. sau

2. Pe segmente (cap, gât, torace, abdomen, pelvis, membre etc.) într-o ordine firească şi utilă.

☞ **Se pot prezenta :**

* toate elementele de semiologie normală şi patologică (acolo unde este cazul) ale fiecărui aparat în parte,
* numai elementele patologice sau cele care se abat de la normal, ale aparatelor sau sistemelor care nu sunt interesate în prezent de afecţiunea în discuţie sau
* care pot avea legătură cu afecţiunea principală şi-i pot modifica evoluţia ;

DIN EXAMENUL OBIECTIV PE APARATE ŞI SISTEME

* reţinem _____ sau
* nu reţinem decât _____ sau
* nu reţinem elemente cu semnificaţie particulară pentru boala actuală etc.

EXAMENUL OBIECTIV trebuie să includă şi :

* Temperatura sau curba termică _____
* Tensiunea arterială _____ şi
* Pulsul periferic sau curbele lor _____
* Tuşeul vaginal _____
* Tuşeul rectal _____

☞ **După caz, pot fi consemnate :**

* Respiraţia şi caracterele sale _____
* Diureza pe 24 ore sau orară, în evoluţie _____
* Scaunele : ritm, caractere etc. _____
* Curba ponderală etc _____

☞ **Pentru situaţii speciale se vor consemna :**

* Eliminările neobişnuite :
  - » vărsături _____

    ☞ **ritm, cantitate, caractere**
  - » sputa _____

    ☞ **aspect, cantitate, caractere etc.**
  - » lichide de fistulă (biliară, stercorală, purulente etc)

V. *DIN ELEMENTELE DE :*

ANAMNEZĂ,

EXAMENUL OBIECTIV PE APARATE ŞI SISTEME şi

EXAMENUL LOCAL,

M-AM ORIENTAT CĂTRE

A. **O SUFERINŢĂ DE TIP** _____

☞ **respirator, digestiv, biliar, pancreatic, intestinal, colic, rectal, vascular, endocrin etc., respectiv**

B. **Către un DIAGNOSTIC DE PROBABILITATE de** _____

_____

C. **BINE SUSŢINUT** de :

* _____
* _____
* _____

☞ **se vor enumera simptomele definitorii pentru diagnosticul enunţat**

VI. *ATÂT PENTRU*

* *PRECIZAREA DIAGNOSTICULUI* cât şi pentru
* *CONTURAREA STĂRII ACTUALE A BOLNAVULUI,* **AM CONSIDERAT NECESARĂ O EXPLORARE COMPLIMENTARĂ, REPREZENTATĂ DE :**

1. Explorări biologice : fizice, chimice, bacteriologice etc. _____

☞ **în sânge, urină, fecale, spută, alte secreţii sau umori etc.**

2. Cercetare imagistică :

* radiologie (simplă sau cu substanţe de contrast) _____
* echografie _____
* endoscopie _____
* scintigrafie _____
* examene microscopice diverse etc. _____

3. Explorări funcţionale _____

4. Explorări complexe : rheografie, pletismografie, Doppler, tomografie computerizată, rezonanţă magnetică etc. _____

☞ **Se vor enunţa rezultatele pozitive sau negative ale explorării complexe, subliniind semnificaţia lor.**

☞ **Se vor nominaliza şi eventualele explorări necesare dar neefectuate :**

* ***mi-ar fi fost utilă şi*** _____

* *care mi-ar fi putut evidenţia* _____
* *ar fi putut confirma* _____
* *mi-ar fi infirmat suspiciunea de* _____

☞ **Se va evita înşiruirea " în bloc " a tuturor explorărilor posibile dar fără legătură cu cazul prezentat, solicitând doar explorări şi examene ţintite, justificate de observaţia discutată.**

VII. ***ÎN CELE DIN URMĂ,***
A. DATELE DE ANAMNEZĂ,
B. EXAMENUL OBIECTIV şi
C. EXPLORAREA COMPLEXĂ, ne permit conturarea unui

1. **DIAGNOSTIC POZITIV DE :**

* _____

☞ **afecţiunea principală**

ŞI DE

* _____
* _____

☞ **afecţiunile însoţitoare, în ordinea relaţiilor posibile cu afecţiunea principală**

2. În acelaşi timp putem contura şi :

* **UN DIAGNOSTIC DE FORMĂ CLINICĂ sau ETAPĂ EVOLUTIVĂ**
* **UN DIAGNOSTIC ETIOLOGIC de** _____
* **UN DIAGNOSTIC FIZIOPATOLOGIC** _____

☞ **după caz.**

3. Cu toate că diagnosticul pozitiv este evident (sau este bine susţinut... sau ... nu comportă elemente de discuţie), nu mi se pare lipsită de interes, trecerea în revistă a unor elemente de **DIAGNOSTIC DIFERENŢIAL :**

* de semn sau simptom _____
* de organ _____
* de afecţiune _____
* de sindrom etc. _____

☞ **ATENŢIE ! Sistematizarea corectă a elementelor de diagnostic diferenţial este relevantă pentru cultura medicală şi orientarea candidatului şi trebuie să ocolească unele**

capcane : nu se vor opune afecţiunile acute cu cele cronice, bolile funcţionale cu cele organice, afecţiunile pentru care nu avem elemente obiective pozitive sau negative, ori suferinţe pentru care nu am solicitat nici un fel de explorare ş.a.m.d.

4. FAŢĂ DE CELE EXPUSE, DIAGNOSTICUL DEFINTIV, LA CARE M-AM OPRIT, ESTE DE :

A. AFECŢIUNEA PRINCIPALĂ (DIAGNOSTIC COMPLET, inclusiv FORMĂ CLINICĂ SAU ETAPĂ EVOLUTIVĂ)

_____

B. _____

C. _____

D. _____

☞ **afecţiunile însoţitoare, cât mai concis formulate**

VIII. ***EVOLUŢIA CAZULUI :***

A. **FĂRĂ TRATAMENT**, afecţiunea poate evolua către :

* Vindecare spontană _____
  ☞ **şanse, condiţii, sechele posibile etc.**
* Ameliorare _____
* Cronicizare _____
  ☞ **formă, risc, sechele etc.**
* Complicaţii (acute sau cronice, locale sau generale, funcţionale sau anatomice etc.) _____
  ☞ **tip, gravitate, rezolvare, risc etc.**
* Agravare _____
  ☞ **mecanism, manifestări, forme etc.**
* Stări ireversibile sau deces _____
  ☞ **mecanisme, durată etc.**

B. **CU TRATAMENT** :

CONSIDERĂM CĂ BOLNAVUL EXAMINAT POATE BENEFICIA DE :

* TRATAMENT MEDICAL : igieno-dietetic, medicamentos, fizioterapic, recuperator, complex _____
  ☞ **se vor trece în revistă modalităţile, tipul, posibilităţile şi limitele tratamentului medical, ce se urmăreşte, ce ce se poate sconta, şansele de reuşită, durată etc.**

* CAZUL ESTE DE INDICAŢIE CHIRURGICALĂ, tratamentul medical intrând în discuţie numai cu titlu de pregătire preoperatorie, adjuvant sau de completare.

TRATAMENTUL CHIRURGICAL este singurul capabil să aducă
= vindecarea,
= ameliorarea sau
= scoaterea bolnavului din zona de risc :
* vital,
* anatomic sau
* funcţional etc.

INDICAŢIA CHIRURGICALĂ ARE UN CARACTER :
= ABSOLUT sau CATEGORIC, în condiţii de :
* urgenţă imediată _____
* urgenţă amânată _____
☞ **cât timp, sub ce tratament, parametrii urmăriţi etc.**
* intervenţie programată _____
☞ **după cât timp etc.**

= RELATIV, în raport cu :
* ineficienţa tratamentului medical,
* afecţiunea şi forma clinică,
* vârsta, starea generală, alterarea altor sisteme şi aparate etc.
* posibilităţile de tratament chirurgical, confort chirurgical şi anestezic etc.

= RISCUL OPERATOR (absent, mic, mediu, major) _____
☞ **va fi trecut în revistă în funcţie de :**
◆ afecţiune şi caracterele acesteia, complicaţia sau etapa evolutivă,
◆ vârsta şi starea generală a bolnavului,
◆ tarele organice, afecţiunile însoţitoare,
◆ posibilităţile tehnice ale echipei chirurgicale şi de anestezişti-reanimatori,
◆ competenţă, dotare etc.

= MOMENTUL OPERATOR _____
☞ **va fi stabilit în raport cu parametrii optimi sau minimali obiectivi care îl conturează**

IX. *INTERVENŢIA CHIRURGICALĂ* are în vedere :

A. PREGĂTIREA PREOPERATORIE :

* Generală _____
  - » biologică : hidro-electrolitică, volemică şi acido-bazică; dresarea stărilor de anemie, hipoproteinemie, a mecanismelor de coagulare, hipo- sau avitaminoze etc)
  - » viscerală : cord, pulmon, vase, hepato-renală etc.
* Locală _____

B. ANESTEZIA _____

C. DISPOZITIVUL OPERATOR _____

D. INSTRUMENTAR ŞI ELEMENTE DE CONFORT CHIRURGICAL :

* Comun _____
* Special _____
* Aparatură şi condiţiile necesare pentru asigurarea confortului chirurgical _____.

E. INTERVENŢIA CHIRURGICALĂ PROPRIU-ZISĂ :

1. INTERVENŢIA PROPUSĂ :
   * Radicală _____
   * Paliativă _____
   * În unul sau mai mulţi timpi _____
     - ☞ **se vor trece în revistă tipul intervenţiei, modalităţile de realizare, dificultăţile posibile etc.**

2. VARIANTELE POSIBILE sau OPŢIUNEA PENTRU UN ALT TIP DE INTERVENŢIE _____
   - ☞ **justificare, modalităţi de realizare etc.**

3. CALEA DE ABORD PROPUSĂ _____
   - ☞ **motivaţie, avantaje, dezavantaje**

4. EXPLORAREA INTRAOPERATORIE :
   * ***explorarea locală*** : organul afectat şi leziunea cu toate caracterele sale : amploare, limite, profunzime, aspect, mărime, mobilitate etc. ;.
   * ***explorarea regională*** : vizează rapoartele leziunii cu viscerele din vecinătate sau conexe : extensie, penetraţie, compresiune, adenopatie, staţii ganglionare etc.etc.
   * ***explorarea generală*** : se referă la totalitatea organelor asupra cărora avem acces, grupelor ganglionare centrale, stării vaselor etc.
     - ☞ **Explorarea intraoperatorie va stabili cu**

precizie sau va confirma necesitatea intervenţiei, tipul, elementele tactice, etc.

5. PLANUL INTERVENŢIEI :

* timpii principali _____
* detalii tehnice _____

6. RISCURI, INCIDENTE şi ACCIDENTE INTRAOPERATORII posibile _____

☞ **modalităţile de prevenire sau rezolvare etc.**

G. ÎNGRIJIRILE POSTOPERATORII :

* generale _____
* locale _____
* speciale _____, etc.

H. COMPLICAŢII POTOPERATORII :

* imediate, precoce, tardive _____
* previzibile, posibile, neaşteptate _____

☞ **se vor trece în revistă modalităţile de prevenire, manifestările de debut, ale complicaţiei declanşate, tratament, prognostic etc.**

X. ***SPITALIZAREA, EXTERNAREA BOLNAVULUI, INDICAŢIILE LA EXTERNARE :***

* regim alimentar şi de viaţă _____
* control postoperator : ritm, dispensarizare _____
* tratamente şi îngrijiri deosebite _____
* reluarea activităţii, integrare socio-profesională _____
* tratament recuperator _____

XI. ***PROGNOSTICUL CAZULUI :***

* imediat _____
* îndepărtat : vital, anatomic, funcţional etc._____
* sechele postoperatorii etc._____

XII. ***PARTICULARITATEA CAZULUI*** _____

XIII. ***CONCLUZIILE*** _____

☞ **încheie o prezentare magistrală de caz, încadrată în cele 20 de minute acordate de Comisie.**

BIBLIOGRAFIE

1. **Aldea A. şi Aldea H.** - "ABC -ul în chirurgie ", Ed.Condor, Liga Liberilor Cugetători, Bucureşti 1990

2. **Andriu V., Cârmaciu D. şi Lerner Clara** - "Chirurgia duodenului" Ed.Medicală Bucureşti, 1973

3. *** "Archives des maladies de l'appareil digestif (Chirurgie)" Masson & Cie, Paris, Colecţia 1966-1991

4. *** "Archives de l'Union Médicale Balkanique", Bucureşti, Colecţia 1970-1993

5. **Artz C.P. and Hardy J.D.** - "Complicaţiile în chirurgie şi tratamentul lor", Saunders Company Ed. Philadelphia, 1967

6. **Association Française de Chirurgie** - "Le traitement des péritonites aigues", Enseignement post-universitaire, Paris 1984

7. **Association Française de Chirurgie** - "Résumés des travaux scientifiques présentés au 87-ème Congrès Français de Chirurgie", Masson & Cie, Paris 1985

8. **Association Française de Chirurgie** - "Textes du 88-ème Congrès Français de Chirurgie", Paris 1986

9. **Association Française de Chirurgie** - "Livre de résumés. 94-ème Congrès Français de Chirurgie", Paris 1992

10. **Atanasiu I., Mareş E. ş.a.** - "Chirurgia în campanie", Vol II. Editura Militară, Bucureşti 1956

11. **Atanasescu I.** - "Chirurgia vasculară reconstructivă", Editura Facla, Timişoara 1974

12. **Bailey's H.** - "Emergency Surgery", H.A.F. Dudley Ed., J.Wright & Sons Ltd. Bristol 1977

13. **Buligescu L.** - "Bolile ficatului, căilor biliare şi pancreasului", Vol.I-II, Editura Medicală, Bucureşti 1981

14. **Burghele Th.**(sub redacţia) - "Patologie chirurgicală", Vol.I-VII, Editura Medicală, Bucureşti 1970

15. **Burlui D. şi Raţiu O.** - "Vena ombilicală în chirurgia porto-hepato-biliară", Editura Medicală, Bucureşti 1970

16. **Burlui D. şi Constantinescu C.** - "Chirurgia generală", Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti 1982

17. **Burlui D. şi Bancu V.Em.**(sub red.) - "Chirurgia căilor biliare principale", Simpozion şi masă rotundă, Tg. Mureş, Sovata 1976

18. **Buşu I., Buşu Gr. şi Nemeş R.** - "Semiologie chirurgicală. Tub digestiv şi glande anexe", Editura Scrisul Românesc, Craiova 1981

19. **Caloghera C., ş.a.** - "Chirurgia tiroidei şi a paratiroidelor", Editura Facla, Timişoara 1976

20. **Caloghera C.**(sub red.) - "Chirurgia de urgenţă", Editura Litera, Bucureşti 1980

21. **Chipail Gh., Dragomir C. şi Maica V.** - "Tratamentul ulcerului gastro-duodenal perforat", Editura Junimea, Iaşi, 1981

22. **Chipail Gh., Diaconescu M. şi Kreisler Gertrude** - "Reinterveţiile imediate şi precoce în chirurgia abdominală" Editura Junimea, Iaşi 1974

23. *** "Chirurgia" Bucureşti, Colecţia 1953-1992

24. **Ciobanu M. şi Cristea I.** - "Ghid de anestezie-reanimare", Editura Medicală, Bucureşti 1972

25. **Cîmpeanu I. şi Constantinescu V.** - "Herniile inguinale şi femurale" Editura Militară, Bucureşti 1991

26. **Colecţia Enciclopedică Oncologică a Institutului Oncologic Cluj-Napoca**, Vol.I-XIV

27. **Coman C.** - "Pleureziile purulente" Editura Medicală, Bucureşti 1972

28. **Cranley J.J.** - "Vascular surgery", Vol.II, Harper & Row Ed. New York 1975

29. **Egdahl R.H, and Mannick J.A.** - "Modern Surgery", Grune & Straton Ed., New York 1976

30. **Duca S.** - "Litiaza C.B.P.", Editura I.M.F.Cluj-Napoca 1984

31. **Făgărăşanu I.** - "Probleme de chirurgie şi anatomie clinică", Editura Medicală, Bucureşti 1969

32. **Garbay M. et Durand J.C.** - "Traitements des cancers du sein", Monographies de l'A.F.C., Masson & Cie, Paris 1985

33. **Gerota D.** - "Explorarea chirurgicală a abdomenului", Editura Medicală, Bucureşti 1969

34. **Ghiţescu T.** - "Urgenţe vasculare", Editura Medicală, Bucureşti 1971

35. **Ghiţescu T. şi Safirescu Th.** - "Urgenţe cardio-vasculare", Editura Medicală, Bucureşti 1973

36. **Ghiţescu T.** - "Afecţiuni vasculare periferice", Editura Medicală, Bucureşti 1975

37. **Ghiţescu T. şi Constantinescu N.** - "Tehnici chirurgicale în afecţiunile vasculare şi paravasculare ale gâtului", Editura Medicală, Bucureşti 1983

38. **Grigorescu Al.** - "Complicaţii precoce în chirurgia digestivă" Editura Medicală, Bucureşti 1981

39. **Hamilton W.J.** - "Textbook of Human Anatomy", 2-nd Ed. Mosby Comp.Ed. Saint Louis, USA 1976

40. **Iancu I., Frasin Gh., Petrovanu I., Chiriac V., Cotrutz C. şi Mihalache Gr.** - "Angiologie", Litografia I.M.F. Iaşi 1969

41. **Iancu I. ş.a.** - "Anatomie-Viscere", Vol.I-II, Litografia IMF Iaşi 1971

42. **Ignat P.** (sub red.) - "Chirurgia sistemului venos al membrelor inferioare" Editura Academiei, Bucureşti 1985

43. **Iliescu C.C. ş.a.** - "Îndreptar de diagnostic şi tratament în bolile cardio-vasculare", Editura Academiei, Bucureşti 1966

44. **Ionescu N.G.** (sub red.) - "Chirurgia colonului", Editura Dacia, Cluj-Napoca 1984

45. **Ionescu N.G., Szabo Iudith şi Cardan Em.** - "Hemoragiile digestive superioare", Editura Dacia, Cluj-Napoca 1988

46. *** "J.A.M.A.", Colecţia 1965-1990

47. **Jocu I. şi Popescu E.** - "Patologia joncţiunii esofago-gastrice", Editura Medicală, Bucureşti 1982

48. **Juvara I., Rădulescu D. şi Prişcu Al.** - "Probleme medico-chirurgicale de patologie hepato-biliară", Ed. Med. Bucureşti 1969

49. **Juvara I., Rădulescu D. şi Prişcu Al.** - "Boala hepato-biliară post-operatorie", Editura Medicală, Bucureşti 1972

50. **Lazăr C. şi Diaconescu M.R.** - "Hipertiroidiile", Editura Junimea, Iaşi 1978

51. **Lepădat P.** - "Infarctul intestinal", Editura Medicală, Bucureşti 1973

52. **Lick F.R.** - "Color atlas of surgical diagnosis", Saunders Comp.Ed. Philadelphia 1979

53. *** "Lyon chirurgical" Colecţia 1966-1988

54. **Maingot R. ş.a.** - "Abdominal Operations", Vol.I-II, Appleton Century Crofts Ed. New York 1980

55. **Mandache Fl.**(sub red.) - "Semiologie şi clinică chirurgicală"

Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti 1981

56. **Mandache Fl.** - "Chirurgia rectului" **Editura Medicală, Bucureşti** 1971

57. **Mandache Fl.** - "Propedeutică, semiologie şi clinică chirurgicală" Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti 1981

58. **Marinescu V. ş.a.** - "Resuscitarea respiratorie şi cardiacă" **Editura** Academiei, Bucureşti 1981

59. *** "Minerva Chirurgica", Milano, Colecţia 1965-1987

60. **Mondor H.** - "Diagnostics Urgents" Ed. II, Masson & Cie, Paris 1933

61. **Oancea Tr.** - "Aspecte ale chirurgiei de graniţă toraco-abdominală" Editura Militară, Bucureşti 1983

62. **Papilian V.** - "Anatomia omului", Vol.II. Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti 1979

63. **Patel J., Leger L., Patel J.C. ş.a.** - "Nouveau Traité de Technique Chirurgicale", Vol.II-IX, Masson & Cie Ed. Paris 1975

64. **Pătruţ M.** - "Herniile abdominale", Editura Militară, Bucureşti 1989

65. **Păunescu-Podeanua A.** - "Baze clinice pentru practica medicală", Vol.I, Editura Medicală, Bucureşti 1981

66. **Pop D. Popa I.**(sub red.) - "Patologia sistemului cav inferior", Editura Medicală, Bucureşti 1973

67. **Pop D. Popa I.**(sub red.) - "Sistemul arterial aortic. Patologie şi tratament chirurgical", Editura Medicală, Bucureşti 1983

68. **Popescu-Urlueni M. şi Simici P.** - "Chirurgia intestinului", Editura Medicală, Bucureşti 1958

69. *** "Presse Médicale" Paris, Colecţia 1961-1994

70. **Prişcu Al.** - "Hemoroizii şi supuraţiile de origine anală". În colecţia "Cum tratăm?" Editura Medicală, Bucureşti 1972

71. **Quénu J. ş.a.** - "Traité de technique chirurgicale", Vol.I-VIII, Ed. II, Masson & Cie, Paris 1955

72. **Radu C.** - "Amputaţia şi protezarea la membrul inferior", Editura Scrisul Românesc, Craiova 1982

73. **Rădulescu D.** - "Caiete de chirurgie practică" Vol.I, Editura Medicală, Bucureşti 1982

74. **Rădulescu D.** - "Caiete de chirurgie practică" Vol.II, Editura Medicală, Bucureşti 1986

75. **Răileanu R.** - "Bolile peritoneului", Editura Junimea, Iaşi 1984

76. **Răzeşu V. ş.a.** - "Ulcerul post-bulbar, între prudenţă şi temeritate"

Raport la "A VIII-a Reuniune a Chirurgilor din Moldova", Piatra Neamţ 1979

77. **Răzeşu V. ş.a.** - "Clasic şi actual în litiaza biliară", Raport la "A IX-a Reuniune a Chirurgilor din Moldova", Piatra Neamţ 1980

78. **Răzeşu V.**(sub red.) - "Vagotomia" Vol. de rezumate, "A X-a Reuniune a Chirurgilor din Moldova", Litografia IMF Iaşi 1983

79. **Răzeşu V. ş.a.** - "Complicaţiile chirurgiei digestive", Raport la "A XI-a Reuniune a Chirurgilor din Moldova", Piatra Neamţ 1983

80. **Răzeşu V. ş.a.** - "Ocluziile intestinale", Raport la "A XII-a Reuniune a Chirurgilor din Moldova", Durău 1984

81. **Răzeşu V. ş.a.** - "Rapoarte la Reuniunile Chirurgilor din Moldova", Ediţiile XIII-XXII, Seria "Abdomen Acut"

82. **Răzeşu V. şi Hulubescu M.**(sub red.) - "Profesorul Ion Juvara - promotor al chirurgiei româneşti", Editura Răzeşu, Piatra Neamţ, 1994

83. *** "Revista Medico-Chirurgicală" Iaşi, Colecţia 1956-1993

84. *** "La Revue du Praticien", Ed. Baillière, Paris, Col.1969-1992

85. **Rusu O.** - "Îndreptar practic în chirurgia ginecologică" Editura Dacia, Cluj-Napoca 1980

86. **Rob & Smith's** - "Operative Surgery. Alimentary tract and abdominal wall", Ed. IV, Mosby Butterworth, St. Louis-London 1983

87. **Sabău D. şi Oprescu S.** - "Elemente de chirurgie a defectelor parietale abdominale", Editura Medicală, Bucureşti 1989

88. **Sârbu P.** - "Chirurgia funcţională a uterului", Editura Medicală, Bucureşti 1971

89. **Sârbu P., Pandele A., Chiricuţă I. şi Setlacec D.** - "Chirurgia ginecologică", Vol.I-II, Editura Medicală, Bucureşti 1981

90. **Setlacec D. şi Proca E.** - "Patologia chirurgicală a glandei suprarenale", Editura Medicală, Bucureşti 1986

91. **Stoica T.** - "Antrectomia asociată vagotomiei în tratamentul ulcerului gastric şi duodenal", Editura Medicală, Bucureşti 1978

92. **Schwartz S.I. ş.a.** - "Principles of Surgery", 2-nd Ed.McGraw-Hill Book Comp., USA 1974

93. **Şevkunenko V.N. şi Maximenkov A.N.** - "Chirurgia operatorie şi anatomia topografică", Editura de Stat pentru Literatură Ştiinţifică, Bucureşti 1954

94. **Stanciu C.** - "Boala Crohn", Editura Junimea, Iaşi 1982

95. **Thomeret G.** - "Les consultations journalières dans les ventres aigus", Masson & Cie Ed. Paris, 1972

96. **Tîrcoveanu E.** - "Perforaţia ulcerului gastric şi duodenal", Editura

Litera, Bucureşti 1988

97. **Tîrcoveanu E.** - "Patologia chirurgicală a abdomenului. Întrebări şi răspunsuri", Litografia I.M.F.„Iaşi 1990

98. **Toader C. ş.a.** - "Patologie chirurgicală", Vol.I, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti 1975

99. **Ţurai I. şi Papahagi E.** - "Chirurgia stomacului şi a duodenului", Editura Academiei, Bucureşti 1963

100. **Ţurai I. şi Gerota D.** - "Chirurgia căilor biliare extrahepatice", Editura Medicală, Bucureşti 1957

101. **Vereanu D. ş.a.** - "Chirurgie infantilă şi ortopedie. Urgenţe", Editura Medicală, Bucureşti 1973

102. *** "Viaţa Medicală" Bucureşti, Colecţia 1962-1988

103. **Zimermann I. and Levine R.** - "Phisiologic Principles of Surgery", Saunders Company Ed. Philadelphia, 1964

SFÂRŞIT